5

276

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1906 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 Mai 1906, à 1 heure.

PAR

M. L. BERNIOLLE

Né à Arles (Bouches-du-Rhône), le 26 décembre 1879

Les Fibromes de l'Utérus

sous-péritonéaux, à [illegible]ule tordu

AU COURS ET EN DEHORS [illegible]OSSESSE

Président : M. PINARD, *Profe[illegible]*

Juges : M. KIRMISSON, *Professeur.*
M. LEPAGE, } *Agrégés.*
M. POTOCKI, } *Agrégés.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

276

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1906 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 30 Mai 1906, à 1 heure.

PAR

M. L. BERNIOLLE

Né à Arles (Bouches-du-Rhône), le 26 décembre 1879

Les Fibromes de l'Utérus

sous-péritonéaux, à pédicule tordu

AU COURS ET EN DEHORS DE LA GROSSESSE

Président : M. PINARD, *Professeur.*

Juges : M. KIRMISSON, *Professeur.*
M. LEPAGE, M. POTOCKI, *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen ..... M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

MM. **Agrégés en exercice :**

AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRINDEAU.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL.
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CUNÉO.	LABBÉ.	MÉRY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émise dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propre à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Témoignage de ma profonde affection

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique obstétricale — Accoucheur des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

M. le Professeur CHANTEMESSE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
Inspecteur général des Services d'hygiène — Médecin de l'hôpital du bastion 29
Officier de la Légion d'honneur

Dont nous n'oublierons jamais l'enseignement clinique de l'Hôpital du bastion 29, ni toutes les marques de sympathie qu'il nous témoigna durant toute l'année 1905-1906, où nous eûmes l'honneur d'être son élève.

A MON MAITRE

M. le Professeur agrégé LEPAGE

Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous lui devons toutes nos connaissances en obstétrique. Ce nous est un devoir de le reconnaître et un plaisir de l'en remercier.

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. le Dr CUFFER.

M. le Dr ROBIN.

M. le Pr TILLAUX.

M. le Dr M. COURTOIS-SUFFIT.

M. le Pr agrégé QUÉNU.

M. le Dr DALCHÉ.

MM. les Drs LAUNAY, BOUFFE de SAINT-BLAISE.

M. le Pr agrégé CUNÉO.

M. le Pr agrégé P. DUVAL.

M. le Pr agrégé M. LABBÉ.

AVANT-PROPOS

Sur le conseil de notre maître, le Dr G. Lepage, dont nous avons été l'externe pendant l'année 1903-1904, et dont nous garderons toujours le plus vif souvenir des leçons si claires et si pratiques, faites avec tant de simplicité et de bonhomie à la Maternité de la Pitié, nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale, la *Torsion des fibromes utérins sous-péritonéaux*. En ce qui concerne cette torsion pendant la grossesse, notre tâche a été facilitée par le travail, communiqué à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, à la séance du 8 janvier 1906, par MM. Lepage et Mouchotte, dont l'érudition n'a d'égale que l'amabilité.

Quant à la torsion des fibromes pédiculés en dehors de la grossesse, nous avons été frappés dans nos recherches par deux faits. C'est d'abord le petit nombre d'observations publiées. Nous n'avons pu en relever que 26 cas qui soient mentionnés *in extenso* dans la littérature médicale et, en outre, 3 cas à peine indiqués. (Roux de Lausanne et Duplay in th. Bernard, et Quénu à la Société de Chirurgie, en 1903.)

En second lieu, nous avons été surpris des nombreuses erreurs bibliographiques contenues dans les travaux des auteurs qui se sont occupés, avant nous, de cette question. (Th. de Macé, Planque, Bernard). Un exemple : le travail de Vercoutre que nombre d'auteurs ont utilisé (lui

faisant dire plus qu'il n'avait jamais dit, Vercoutre ayant, dans un article d'une quinzaine de pages, traité la torsion des organes abdominaux) a paru, non pas dans la *Revue de Médecine militaire*, mais dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

Un des auteurs les plus sérieux, Boursier de Bordeaux, dans sa communication au Congrès de chirurgie de 1905, cite l'observation de Georges Luys (Société anatomique 1898, or, le seul cas qui ait été apporté à la Société anatomique cette année-là est de Maurice Guillot!

Nous avons enfin trouvé deux observations qui ne figurent dans aucun des travaux précédents (David), *Société anatomique*, 1905, et David (*Semaine gyn.*, mars 1906).

Nous avons cru qu'il serait maintenant possible de collationner toutes les observations publiées, tant au moment de la grossesse qu'en dehors de la gestation et d'en tirer tous les enseignements qu'elles comportent de faire, en un mot, *une revue générale* sur la torsion des fibromes sous-séreux à pédicule tordu.

A cette fin, nous donnerons d'abord, dans une première partie, toutes les observations parues jusqu'à ce jour, en les classant par ordre chronologique, et en deux groupes distincts : en dehors et pendant la grossesse.

Dans une deuxième partie, nous synthétiserons les principales données fournies par les observations en deux tableaux, toujours par ordre chronologique.

Enfin, dans une troisième partie, nous étudierons le pédicule et sa torsion, le fibrome sous-séreux, ses formes cliniques, les particularités relatives à la torsion au cours de la grossesse, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

I. — Observations en dehors de la grossesse

Observation I (Vercoutre, 1867).

Vers l'angle supérieur gauche de l'utérus, était appendue une petite tumeur pédiculée du volume d'une noix et libre de toute adhérence. Le pédicule de cette tumeur, long de 3 centimètres environ, très dur et épais, était tordu une fois sur lui-même. La face antérieure était devenue externe à gauche puis postérieure, puis externe à droite, enfin antérieure. Le pédicule était très aminci et la tumeur presque entièrement calcaire se détacha par une très faible traction.

Observation II (Kœberlé *Manuel opératoire de l'ovariotomie*, 1873).

Femme de 30 ans : il y a cinq ans et demi elle s'aperçut d'une tumeur dure arrondie de 5 à 7 centimètres de diamètre, située sur la gauche de l'utérus, pouvant au début se déplacer d'un flanc à l'autre. En deux ans cette tumeur s'accrut beaucoup, les mictions étaient fréquentes, la menstruation douloureuse prolongée avec vomissements et diarrhée. La tumeur tournait parfois sur son axe sous l'influence d'une pression latérale ou même du décubitus latéral, le ventre devenait alors très proéminent et la malade sentait alors des douleurs intenses qui ne cessaient que lorsqu'elle avait repris sa position naturelle. Depuis trois mois elle ne s'était plus retournée ainsi. La tumeur remonte de 3 ou 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, elle est solide. Quelques points de fluctuation incertaine. Elle est très consistante à droite, ovoïde, arrondie, allongée transversalement. Extrémité gauche moins ren-

flée au palper que l'extrémité droite. A l'opération on trouva une tumeur solide, libre d'adhérences si ce n'est avec trois artères de l'épiploon sur un espace de 2 à 3 centimètres, implantée au fond de la matrice à l'angle gauche.

Observation III (Van Iterson cité par Gunther).

Il s'agit d'une femme de 40 ans ; elle avait un fibrome sous-séreux pédiculé. Ce fibrome a tourné autour de son axe une fois et demi.

Observation IV (Fritsch thèse Gunther)!

Fritsch, parmi 60 laparotomies, cite le cas d'une femme de 46 ans qui fut prise subitement de symptômes abdominaux graves; on la croyait atteinte de kyste de l'ovaire. La laparotomie pratiquée montra un myôme sous-péritonéal gros comme une tête d'adulte, pédiculé en voie de nécrose avec beaucoup d'adhérences très saignantes. Le pédicule était tordu deux fois sur lui-même, l'opération eut un plein succès.

Observation V (Friedel Pick).

Femme de 56 ans, pluripare, à la ménopause, se plaignant depuis un mois de douleurs vives du ventre et constipation avec fièvre légère. Deux semaines avant son entrée à l'hôpital, elle était restée huit jours sans selles, le ventre était très tendu. Elle mourut la nuit même de son entrée en essayant d'aller à la selle.

Autopsie. — Fibrome sous-péritonéal, plus gros qu'une tête d'adulte avec pédicule tordu de gauche à droite. Regardant de près, on vit que ce pédicule était l'utérus élongé, tourné deux fois sur lui-même. Tumeur congestionnée, mais non nécrosée. L'adhérence de la tumeur a plusieurs anses d'intestin expliquait la constipation.

Observation VI (Imbert et Tédenat).

Madeleine B..., 40 ans, entre à l'hôpital suburbain, service de M. le professeur Tédenat, le 3 novembre 1891. Elle a toujours joui d'une parfaite santé ; réglée à 13 ans, la menstruation a toujours été régulière ; les dernières règles sont survenues, il y a huit jours ; deux grossesses normales, datant l'une de dix-huit ans, l'autre de douze ans.

Il y a trois mois, la malade commença à ressentir une légère douleur dans le flanc droit ; elle ne s'en inquiéta pas tout d'abord et ne consulta un médecin que plusieurs semaines après ; on l'engagea alors à se rendre à Montpellier pour se faire opérer.

Au moment de son entrée, la douleur dont se plaignait la malade a disparu depuis une quinzaine de jours ; l'état général est très satisfaisant bien qu'il y ait un léger amaigrissement ; le ventre a le volume d'un utérus au huitième mois ; par la palpation, on perçoit une tumeur presque médiane, un peu plus développée cependant à droite qu'à gauche ; elle s'élève jusqu'à l'ombilic. Par le toucher vaginal on sent, dans le cul-de-sac antérieur, une tumeur solide, et les mouvements antéro-postérieurs imprimés à travers la paroi abdominale sont nettement perçus au niveau du col.

Opération. — Elle est pratiquée le 7 novembre après les précautions antiseptiques ordinaires ; l'anesthésie par l'éther, après piqûre d'atropomorphine demande dix minutes ; elle est prolongée pendant trois quarts d'heure. M. Tédenat incise la ligne blanche de 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, jusqu'à 1 centimètre au-dessus du pubis ; la gaine des grands droits est incisée sur la ligne médiane ; le péritoine, saisi avec une pince est ponctionné au bistouri, puis fendu avec des ciseaux ; on arrive alors sur une tumeur lisse d'un brun gris, évidemment solide, ce qui est confirmé du reste par une ponction faite avec le gros trocart. L'incision abdominale étant trop étroite pour laisser passer la tumeur, on la prolonge en la contournant au-dessus de l'ombilic ; mais au cours des efforts que nécessite l'extraction du fibrome, plusieurs anses font irruption hors du péritoine : elles sont maintenues par des flanelles chaudes hors de la cavité abdominale, pendant un quart d'heure environ. Enfin la tumeur est extraite hors du péritoine, l'on constate alors qu'elle s'est développée sur l'utérus et qu'elle a le volume d'une tête d'adulte ; à sa droite on trouve accolés à la tumeur la trompe et l'ovaire droit, kystiques ; on remarque en outre que le pédicule, large de plusieurs centimètres, est formé

par l'utérus élongé et qu'il est contourné sur lui-même de gauche à droite, d'environ 90°. La tumeur est détordue ; le pédicule fortement serré entre deux pinces de Richelot est sectionné au bistouri, puis fortement cautérisé au thermo-cautère ; enfin la trompe gauche est liée et l'ovaire du même côté, qui contient de petits kystes, est enlevé ; on s'occupe alors de faire rentrer, avec beaucoup de difficultés, les 2 ou 3 mètres d'intestin qui sont sortis au cours de toutes ces manœuvres. On traverse le pédicule par deux fortes broches en fer; puis un solide tube de caoutchouc passé au-dessous des broches est alors fortement serré autour du pédicule et ses extrémités maintenues par une pince à forcipressure. Le pédicule est laissé hors du ventre, maintenu par les broches, et la paroi abdominale est réunie tout autour par un seul plan de sutures à la soie.

Suites de l'opération. — Elles ont été très simples : la température n'a pas dépassé 37°8, les sutures sont enlevées le 18 novembre et le pédicule tombe spontanément le 23 novembre. Lorsque la malade sort, le 6 décembre, la plaie en entonnoir qu'à laissée le pédicule est à peu près complètement fermée.

Examen de la tumeur. — Elle est constituée par une couche périphérique blanchâtre, épaisse de 3 centimètres, résistante, qui présente la structure du fibro-myôme, et par une partie centrale, plus molle, creusée de petites cavités, de nature probablement sarcomateuse.

En l'absence de tout phénomène saillant dans l'histoire de notre malade, il nous paraît bien difficile d'indiquer, même d'une façon approximative, l'époque à laquelle remonte la torsion de la tumeur. Cette torsion elle-même était peu accentuée et le fibrome n'avait tourné que de 90° ; il n'est donc pas surprenant qu'une rotation aussi peu marquée n'ait produit aucun phénomène particulier dans l'histoire de la malade, les vaisseaux n'étaient pas oblitérés, la circulation s'effectuait à peu près normalement ; mais il est possible que, si la tumeur n'eût pas été extirpée, la rotation se fût complétée plus tard et eût déterminé l'apparition des symptômes que nous avons signalés dans la torsion des tumeurs ovariennes.

Quant aux causes qui ont pu déterminer cette complication, elles sont encore plus obscures. On en est réduit à incriminer ici encore les causes générales, l'influence de la menstruation, les traumatismes, les efforts et surtout les variations de volume de l'intestin et de la vessie, variations qui joueraient un rôle capital suivant Vercoutre.

Observation VII (Timmers in Th. inaug. Leiden 1897).

Malade de 62 ans; elle avait un myôme depuis vingt ans de 13 centimètres de largeur, d'une longueur égale, pédiculé; le pédicule, de 4 centimètres et demi, était tordu en spirale et attaché au fond de l'utérus.

Observation VIII (Gunther).

Jeune femme de 27 ans. Dès 1886, elle avait des règles douloureuses et de la tuméfaction de l'abdomen. En 1889, elle fut prise de douleurs vives en même temps que se montrait de l'ascite et que l'on trouvait par le toucher une tumeur abdominale siégeant dans le liquide. On fit le diagnostic de tumeur maligne avec ascite, et on pratiqua la laparotomie; on découvrit une tumeur rouge violacée insérée par son pédicule sur la corne droite de l'utérus; l'épiploon adhérent était étalé au-devant d'elle et dut être décollé. La tumeur était de plus adhérente au cæcum à l'S iliaque. Le pédicule, gros comme le petit doigt, était tordu sur lui-même. Il fut lié et sectionné; l'opérée guérit fort bien. La coupe et l'histologie montrèrent qu'on avait affaire à un corps fibreux sous-péritonéal, se transformant en sarcome et atteint de lésions dues à une véritable ischémie par torsion du pédicule.

Observation IX (Heurteaux).

Mlle de M... âgée de 48 ans, se porte généralement assez bien : trés grande nervosité, règles normales. Depuis 1889 sont survenues des crises douloureuses irrégulièrement à des intervalles de deux, trois mois jusqu'à la fin de 1892. Il y a eu quinze à seize crises en trois ans. Celles-ci n'avaient aucune espèce de relations avec l'époque des règles.

En revanche, toutes ont le même début brusque, caractérisé par une douleur vive occupant la région de l'ovaire gauche et s'accompagnant de nausées, parfois de vomissements; il y avait en outre de la constipation, des difficultés d'uriner et parfois un peu de fièvre. La douleur ne cédait qu'à une injection de morphine.

La dernière crise en 1893 a été plus violente, accompagnée de

péritonite circonscrite et a duré quatre à cinq jours, c'est pendant cette crise qu'on découvrit la tumeur.

Examen cliniqne. — En janvier 1893, on sent, à la partie moyenne de l'hypogastre, une tumeur plus grosse que les deux poings, immobile, ne paraissant pas fluctuante, un peu douloureuse surtout à gauche.

Par le toucher vaginal, on sent la douleur en avant du col utérin. La malade éprouve de fréquents besoins d'uriner ; elle combat sa constipation par de l'eau minérale.

Diagnostic. — Malgré l'absence de fluctuation, on diagnostique un kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu. Les crises successives éprouvées par la malade depuis trois ans paraissent se rattacher à une torsion légère et passagère qui s'est réduite d'elles même après quelques heures et la dernière plus accentuée a provoqué une péritonite avec adhérences et déterminé une souffrance qui ne s'est pas complètement dissipée.

L'opération est faite le 21 janvier 1893. — A l'ouverture du ventre, la tumeur, à peu près grosse comme une tête de fœtus à terme, est trouvée adhérente par toute sa surface aux organes voisins. Mais ces adhérences peu résistantes, peuvent être réduites avec le doigt. La tumeur s'insère à la corne gauche de l'utérus par un pédicule gros comme l'index, long de 5 à 6 centimètres, présentant un tour complet de torsion de droite à gauche. Un double catgut passé au travers du pédicule permet de le lier en deux parties.

La tumeur examinée de suite, offre absolument les caractères de fibro-myômes ordinaires de l'utérus ; son tissu demi-ferme, est infiltré de sérosité. La malade se rétablit parfaitement.

Observation X (Rud. v. Holst).

Mme X..., 31 ans, sujette depuis un certain temps à des méno et métrorrhagies avec un certain degré de prolapsus utérin. Cette femme fut prise brusquement d'accidents aigus (vives douleurs abdominales et vomissements). De plus, ces accidents coïncidèrent avec la disparition complète du prolapsus.

Examen : Femme grande, forte, un peu anémique. Ancienne déchirure vagino-périnéale, faible descente de la paroi vaginale antérieure. Région hypogastrique sensible à la pression : à droite tumeur de consistance solide, peu mobile, douloureuse, environ

du volume d'une tête d'adulte, utérus en rétroversion dans la partie postérieure du cul-de-sac gauche. Partant de son côté droit, une partie épaisse, large, courte, conduit sur la tumeur qui pointe dans le vagin. Le cathéter indique des dimensions normales de la cavité utérine. Diagnostic, torsion du pédicule d'une tumeur ovarique, solide ou pauciloculaire.

Opération : Laparotomie peu après son premier examen. Le ventre ouvert, écoulement d'une quantité assez notable d'ascite sanguinolente, et mise en évidence d'une tumeur rouge sombre, qui, à la palpation, donne une pseudo fluctuation. Le péritoine est fortement vascularisé, comme un peu dépoli dans le bassin, sans pourtant avoir contracté d'adhérences avec la tumeur. On constate alors qu'il s'agit en réalité d'un myôme de l'utérus, à large base, extrêmement vasculaire, émané du fond de la matrice, à laquelle il avait fait subir un mouvement de rotation tel que les annexes droites avaient été entraînées en arrière et à droite, les annexes de gauche, en avant et à gauche du promontoire, ayant produit ainsi un déplacement d'environ 120°. Les conséquences de cette torsion avaient été une stase vasculaire intense dans la tumeur, et de la péritonite exsudative.

On put énucléer le myôme, supprimer, au moyen de sutures, la loge de la tumeur, et conserver les annexes et un utérus capable de remplir sa fonction d'organe gestateur. D'autre part, comme après extirpation de la tumeur on pouvait craindre la récidive du prolapsus utérin antérieur, on fit la ventro-fixation. — Guérison.

L'erreur de diagnostic est explicable; l'utérus primitivement prolabé, était en quelque sorte allongé dans sa portion cervicale. D'autre part, en raison du mouvement de torsion subi par l'organe, le catheter ne peut pénétrer que jusqu'à l'orifice interne qui, à tort, fut pris pour le fond de l'organe. De sorte que les renseignements fournis par l'examen devaient plutôt faire penser à un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule.

Observation XI (Bouisson-Walther)

Mme X... 50 ans.

Antécédents héréditaires et personnels : Rien d'intéressant à noter. Elle a depuis longtemps une tumeur abdominale; elle a consulté à ce sujet, il y a vingt-deux ans, Constantin Paul, qui a diagnostiqué un kyste dermoïde de l'ovaire droit. Cependant la

malade dont le ventre grossisait peu à peu, n'accusait ni douleurs, ni troubles de la menstruation.

Début des accidents actuels. — Le 1er mai 1896, la malade est prise brusquement, sans que rien eût annoncé la crise, d'une douleur atroce qui, ayant débuté dans le flanc droit, se généralise rapidement dans tout l'abdomen. En même temps, apparaissent des vomissements, d'abord bilieux, puis rapidement porracés. Le pouls est petit, fréquent, un peu irrégulier, mais, chose à noter, il n'y a pas d'élévation de la température.

En présence de ces symptômes, on pense à une appendicite; mais la malade rappelle la consultation qu'elle a eu vingt-deux ans auparavant de Constantin Paul. Elle dit le diagnostic, porté alors de kyste dermoïde et l'on songe à une torsion de pédicule de kyste de l'ovaire.

L'examen physique confirme d'ailleurs cette opinion.

Examen. — Le ventre est tendu, ballonné, douleurs à la pression. La douleur est diffuse, exquise, plutôt calmée par une pression profonde. L'utérus, au toucher, est mobile, de dimensions normales, porté en avant; sur son côté droit, repose le pôle inférieur d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, semblant fixée, douloureuse à la pression, surtout au voisinage de la corne utérine, élastique plutôt que fluctuante, donnant l'impression d'un assemblage de parties dures et de parties molles, avec prédominance des premières; portée en avant, rapprochée du plan médian, se dessinant à l'inspection à travers la paroi abdominale.

Opération. — En présence de la gravité immédiate et imminente des symptômes, l'intervention s'impose. Elle est pratiquée le 4 mai par M. Walter, chirurgien des hôpitaux, à la maison de santé de la rue Blomet.

Une incision médiane sous-ombilicale conduit directement sur une tumeur non adhérente, mais rouge, tomenteuse et fortement vascularisée. Sur ce fond vineux transparaissent dix plaques bleuâtres dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 5 francs. Ces tares sont surtout appréciables au voisinage utérin de la tumeur. Celle-ci semble fluctuante, mais un trocart enfoncé à travers les parois n'amène que quelques gouttes d'un sang fluide et brunâtre. Devant l'impossibilité de réduire cette masse par l'évacuation de son contenu, on agrandit l'incision de la paroi et l'on extrait avec la plus grande facilité une masse solide dans son ensemble et reliée à l'utérus par un pédicule de la grosseur de l'index et long de 3 cent. et demi environ.

Ce pédicule est tordu. Il fait un tour complet. La partie antérieure de la tumeur, le pédicule une fois détordu, apparaît comme s'étant portée successivement en dedans, en arrière, en dehors et en avant. Il n'y a pas d'adhérences au niveau du tour de spire, pas d'adhérence non plus entre la tumeur et le péritoine adjacent. Une ligature à la soie étreint le pédicule et le ventre est fermé par une suture à trois étages.

Examen de la tumeur. — La tumeur dont les dimensions sont, nous l'avons dit, celles d'une tête d'adulte, a la forme d'un ovoïde dont la petite extrémité présente un hile, où apparait la coupe des vaisseaux. Les artères, dont la lumière est encore perméable, apparaissent au centre avec leurs contours accusés; les veines sont thrombosées et les caillots adhèrent intimement à la paroi vasculaire. Une coupe faite suivant le grand axe de la tumeur, démontre en celle-ci deux zones distinctes : l'une phériphérique, l'autre centrale. La zone périphérique est occupée par des noyaux apoplectiques, d'où s'écoule un magma veineux noirâtre, diffluent. La zone centrale est creusée de géodes dont le volume augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche du centre même de la tumeur. Ces cavités sont absolument gorgées de sang, mais ce sang est liquide et rougeâtre. En certains points, on rencontre des tourbillons de fibres musculaires encore reconnaissables; en d'autres on ne voit que des zones d'apoplexie intense, dissociant complètement le tissu préexistant.

L'examen histologique n'a pu être fait.

Suites opératoires. — Les suites opératoires furent bonnes. Pas de température, pas de suppuration de la paroi. La malade succombe à une broncho-pneumonie accidentelle trois semaines aprés l'opération.

Observation XII (Schwartz et Mermet).

La nommée B... Pauline, âgée de 46 ans, culottière, entre le 8 juin 1896 à l'hôpital Cochin, pavillon Lister, salle Sédillot, n° 9 dans le service de M. Schwartz.

Histoire clinique. — Dans les antécédents de cette malade rien de bien saillant; pas de tare néoplasique, ni tuberculeuse; seule une sœur de cette femme est morte d'une tuberculose pulmonaire contractée accidentellement.

Notre malade n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches, et

les accidents utérins pour lesquels elle vient à l'hôpital paraissent remonter à 1893.

Il nous faut signaler à cette époque, l'apparition chez cette femme de lésions chorio-rétiniennes d'origine probablement syphilitique qui furent traitées et améliorées par les injections sous-conjonctivales de sublimé et hypodermiques de biiodure de mercure. Nous rappelons ce fait, parce que soit coïncidence, soit relation évidente, les premiers accidents utérins se montrèrent à la même date, c'est-à-dire il y a trois ans. Nous discuterons plus loin la valeur et les rapports de ces troubles génitaux et de ces lésions du fond de l'œil.

Les règles qui jusque-là avaient été régulières comme apparition et comme durée, prirent alors quelques caractères particuliers et nouveaux. Elles devinrent d'abord plus douloureuses; elles persistèrent quatre ou cinq jours au lieu de deux comme précédemment; leur abondance augmenta dans les mêmes proportions; enfin elles revenaient un peu plus souvent que de coutume, toutes les trois semaines environ. Peu de temps après, le ventre augmentait progressivement de volume, et atteignait celui que nous constatons aujourd'hui.

A son entrée à l'hôpital, elle vient d'avoir une ménorrhagie plus forte que d'ordinaire; les douleurs qui paraissent siéger dans la fosse iliaque gauche ont été plus vives. Elle prétend que depuis trois semaines le volume de son ventre s'est notablement exagéré. Actuellement comme symptômes fonctionnels, et en dehors de la crise menstruelle, elle n'accuse que des troubles intestinaux (tympanisme, périodes de constipation, puis de diarrhée) semblant vraisemblablement se rapporter à des phénomènes de compression de l'S iliaque par une tumeur intra-abdominale.

Examen. — L'examen de l'abdomen justifie ces présomptions. A l'inspection on note un développement marqué de celui-ci, surtout dans ses parties inférieures; de plus il est asymétrique, le côté gauche proémine de 3 à 4 cent. en avant du droit; il existe aussi, de ce même côté gauche, une circulation collatérale sous-cutanée très développée, surtout dans la région sous-ombilicale. Le palper dénote que le flanc droit et la région iliaque correspondante sont libres; du côté gauche, au contraire, ainsi qu'au niveau de l'hypogastre on constate que ces diverses régions sont occupées par une tumeur, dépassant légèrement l'ombilic, de consistance dure, tendue profondément, plus élastique à la superficie arrondie, à surface un peu irrégulière et douloureuse à gauche.

La partie droite de l'hypogastre est occupée par une masse qui

est indépendante de la précédente et qui déborde légèrement dans la fosse iliaque; la consistance de cette tumeur est plus ferme. Par le toucher vaginal combiné avec le palper on reconnaît que la masse de gauche tombe dans le cul-de-sac vaginal correspondant, qu'elle est peu mobile et qu'elle repousse manifestement l'utérus à droite, apparemment sans connexion avec elle: les mouvements imprimés par l'abdomen à la tuméfaction sise à droite de la ligne médiane, semblent au contraire se transmettre au col utérin. Celui-ci regarde en arrière et légèrement à gauche, en raison d'une antéflexion très marquée et d'un peu de latéro-version droite; l'hystérométrie n'a pu être faite en raison de la coudure utérine non réductible.

Opération. — La laparotomie pratiquée le 16 juin, sur la ligne sous-ombilicale permet de voir un grand épiploon adhérent au péritoine pariétal et aux anses intestinales ; on résèque après libération la majeure partie de cet épiploon injecté et induré. On aperçoit alors une énorme masse occupant toute la partie inférieure et gauche de la cavité abdominale, intimement adhérente à l'intestin qui la baigne, de coloration grisâtre, de consistance mollasse, presque fluctuante ; une ponction avec un trocart dans le but de la vider ne donne que du sang. On libère ensuite l'intestin grêle adhérent à droite, l'S iliaque comprimé à gauche ; on parvient alors à faire le tour de la tumeur et à l'attirer au dehors; il s'agit d'un fibrome sous-séreux ou à évolution intra-abdominale, inséré par un pédicule court et tordu sur la face postérieure de l'utérus, un peu au-dessous de la corne utérine gauche ; ce pédicule est sectionné après ligature. Deux autres fibromes plus petits, du volume d'une orange, l'autre d'un œuf de poule furent enlevés ensuite (myomectomie). La castration tubo-ovarienne fut faite enfin, l'utérus ayant été reconnu gros et encore bourré de petits noyaux fibro-myomateux. Aujourd'hui, huit jours après l'intervention, l'opérée est en parfait état.

Examen de la tumeur. — Le gros fibrome central est le seul à étudier ; les deux autres extirpés sont blanchâtres, criant à la coupe, d'aspect fibreux classique, sans particularités.

La tumeur reposait en partie sur la fosse iliaque gauche, en partie sur l'utérus et les deux autres fibro-myomes enclavés dans le petit bassin, adhérente par toute sa surface à l'intestin en arrière et latéralement, et à l'épiploon en avant. Il y avait eu là manifestement des phénomènes de péritonite chronique déjà ancienne, révélés d'ailleurs, outre les adhérences, par l'état scléreux et lardacé de l'épiploon susjacent et par des exsudats blanchâtres,

fibroïdes à la surface du péritoine viscéral. La forme de la tumeur est celle d'un ovoïde à petite extrémité droite, à grosse extrémité gauche; son grand axe est dirigé à peu près transversalement dans la cavité abdominale, un peu oblique cependant en arrière et à gauche. Son poids est de 900 grammes. Son volume est un peu supérieur à celui d'une tête de fœtus à terme ; elle mesure 18 centimètres dans son grand axe et 15 centimètres dans ses axes vertical et antéro-postérieur. La plus grande surface de la tumeur est convexe, et cette courbure est surtout accentuée dans la moitié droite au niveau du pôle de ce côté ; la partie inférieure seule est légèrement concave se moulant sur l'utérus et sur les petits fibromyômes enclavés voisins; il existe au centre de celle-ci un véritable hile en tout semblable au hile du rein, c'est de ce hile que part le pédicule de la tumeur. La surface extérieure de celle-ci est à peu près lisse dans son hémisphère antérieur ; en haut et sur la face postérieure elle est inégale et présente les traces des adhérences épiploïques et intestinales sous forme de lambeaux, de brides fibro-graisseuses; autour du hile du fibrome le péritoine qui le recouvre présente un aspect nacré, aponévrotique, tendineux et cet épaississement est dû surtout à l'hypertrophie du tissu sous-séreux. La coloration de la tumeur est très différente de celle des fibromes utérins sous-péritonéaux classiques, des fibromes voisins par exemple ; elle a une teinte grise, ardoisée qui rappelle la couleur de certains kystes ovariques. De plus, il existait une autre cause d'erreur, de confusion avec une tumeur liquide de l'ovaire, c'était la consistance du néoplasme ; il s'agissait ici d'une sensation de mollesse, presque de pseudo-fluctuation qui nous explique suffisamment la ponction exploratrice faite au cours de l'opération.

La coupe de la tumeur montre un fibro-myome mou, ne criant pas sous le scalpel, d'aspect charnu, de coloration rougeâtre, variable suivant les points, de consistance molle et légèrement élastique. Au raclage la surface de section ne donne que du sang, qu'on fait d'ailleurs sourdre par la pression de tous les points de celle-ci. Les caractères microscopiques de cette coupe diffèrent un peu suivant les régions considérées ; au centre elle a un aspect franchement charnu; peu fibrillaire, rappelant la coupe d'un muscle ; on aperçoit cependant des bandes fibreuses qui ébauchent quelques lobulations incomplètes, ça et là parsemant ce centre, on voit des orifices de vaisseaux dilatés. A la périphérie de la tumeur se trouve un zone de 4 à 5 centimètres de coloration noirâtre truffée; cette coloration n'est pas toutefois uniforme et est plus foncée

par endroits; il existe là de véritables noyaux apoplectiques absolument analogues aux noyaux d'infarctus de l'apoplexie pulmonaire ; les noyaux sont plus abondants au niveau de la face supérieure du fibrome, dans le point opposé au pédicule de la tumeur; en outre ils n'atteignent pas directement la surface de celle-ci ; ils restent distants de la séreuse péritonéale de 2 à 3 millimètres, en sont séparés par le tissu conjonctif sous séreux qui forme une véritable capsule au fibrome et est gorgé d'un sang noir, épais. La surface de coupe de ces noyaux n'est pas complètement lisse ; elle est finement grenue, sans disposition fibrillaire. Leur consistance est particulière et spongieuse; la pression y détermine une crépitation sanguine et fait sourdre un sang noir avec de petits caillots vermiformes qui font issue de vaisseaux dilatés. Il n'existe nulle part sur la tumeur de trace de sphacèle ou de foyer de suppuration.

Le pédicule de ce fibrome, du volume à peu près du petit doigt, s'insère sur la face inférieure de celui-ci, au niveau du point qui correspond au hile de la tumeur; l'insertion utérine se fait sur la face postérieure de l'utérus au voisinage du fond et de la corne utérine gauche. La longueur est de 2 centimètres environ. Il était tordu sur lui-même de trois quarts de tour et cela dans le sens des aiguilles d'une montre; ajoutons qu'il n'y avait sur l'utérus sous-jacent aucun mouvement de torsion semblable. Ce pédicule est peu résistant et peu charnu; il est simplement formé par le péritoine doublé de son tissu cellulaire sous-séreux et enserrant quelques trousseaux musculaires, au milieu desquels on aperçoit la coupe de deux ou trois vaisseaux dilatés et béants.

Structure histologique. — Nous décrirons successivement les caractères présentés à des grossissements variés par des coupes histologiques prises en divers points de la tumeur.

Examen à un faible grossissement. (Obj. 4, Ocul. 1, Verick). La tumeur offre dans son ensemble une structure peu uniforme. On peut y décrire trois zones plus ou moins délimitées, mais déjà visibles à l'examen microscopique.

1° la zone périphérique est la couche capsulaire. Un premier plan de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 d'épaisseur, est formé de tissu conjonctif dont les faisceaux ont pour la plupart une direction parallèle à la surface; celle-ci est recouverte par endroits, par l'épithélium péritonéal, dans d'autres points, là où il existait des adhérences de la tumeur avec l'épiploon ou les organes voisins, cet endothélium a complètement disparu. Ces faisceaux conjonctifs sont séparés par des cellules

plates, plus rapprochées, plus tassées au voisinage de la surface même; de plus les faisceaux connectifs présentent çà et là des sinuosités, des ondulations qui paraissent se rapporter à des modifications survenues dans la pièce sous l'influence des liquides fixateurs. Dans cette même capsule d'enveloppe, formée par le tissu sous-péritonéal chroniquement enflammé, on retrouve peu de vaisseaux; contrairement à ce qu'on observe dans les fibromyômes d'un aussi gros volume, on n'y voit point les énormes sinus veineux si particuliers; il n'y a que quelques capillaires issus des vaisseaux de la couche suivante qui semblent étouffés par la néoformation conjonctive.

La couche sous-jacente intermédiaire entre les noyaux apoplectiques et la capsule fibreuse constitue une capsule musculaire pour la tumeur. Elle a 1/2 centimètre au maximum. Elle est formée par des fibres lisses à direction également parallèle à la surface et réciproquement perpendiculaires, se disposant ainsi en deux plans plus ou moins nettement distincts et sont dissociés par endroits par une infiltration œdémateuse. Le plan profond plus épais est constitué par des fibres lisses dont les éléments sont encore plus dissociés par l'œdème: elles sont également agglomérées en petits faisceaux de quelques cellules séparés par une substance amorphe dans laquelle on rencontre de nombreux leucocytes multinucléés. Dans cette couche musculaire les vaisseaux ont fait leur apparition; ce sont des sinus veineux très dilatés atteignant des proportions variables, leurs parois sont excessivement minces, à peu près dépourvues de fibres musculaires, elles n'ont guère qu'une vingtaine de μ d'épaisseur. Leur contenu est composé de globules rouges qui bourrent, distendent complètement la lumière du vaisseau; de nombreux leucocytes, plus élevés que dans le sang normal (leur nombre atteint 1 pour 30 ou 40 hématies) sont mélangés à ceux-ci. Il y a là incontestablement l'indice d'une stase sanguine et lymphatique très manifeste dans la tumeur.

2° La zone sous-jacente à la zone capsulaire est celle qui correspond sous la coupe microscopique à celle des noyaux d'infarctus. Ceux-ci sont mal délimités, plus ou moins diffus; néanmoins nous examinerons successivement la structure histologique de la pièce, dans les foyers siège de l'infiltrat sanguin et dans les points circon-voisins.

Tout d'abord, comme nous venons de le dire, les noyaux d'infarctus myomateux ne sont point limités; ils ne sont point entourés d'une capsule et se continuent sans transition avec le tissu

environnant plus ou moins altéré du fibro-myôme. A leur niveau les fibres cellules musculaires lisses sont groupés en petits faisceaux de quelques éléments séparés les uns des autres par des intervalles qui ont jusqu'à 30, 40 et même 50 fois le diamètre de ces faisceaux; en un mot ceux-ci se plongent, sont noyés pour ainsi dire dans une véritable nappe sanguine. Celle-ci est formée par du sang pur : les hématies, intimement accolées les uns aux autres, sont au contact même des cellules musculaires et n'en sont séparées par aucun endothélium; elles ont conservé pour la plupart leur forme et leur aspect normaux; nous décrirons d'ailleurs plus loin les altérations des éléments constitutifs mêmes de ces zônes hémorrhagiques. Ici les leucocytes sont plus rares que dans la couche précédente; on ne les retrouve guère que dans les vaisseaux. Ceux-ci sont également disséqués par l'épanchement; leur lumière est bourrée de globules rouges et leurs parois conjonctives sont entourées d'une grande quantité de cellules embryonnaires.

Les coupes histologiques rappellent, en un mot, en ce point, absolument les lésions d'une hémorrhagie en nappe dans un viscêre; on assiste là à une dissociation des éléments primitifs par l'infiltrat sanguin.

En dehors des foyers d'infarctus, là où le fibrome présente une coloration rosée avec un piqueté noirâtre, on voit les fibres musculaires lisses plus ou moins réunies, séparées seulement par quelques trainées de tissu conjonctif; les faisceaux de cellules se disposent plus ou moins régulièrement autour des centres communs d'ordinaire formés par les vaisseaux; la tumeur présente en somme par endroits une ordination lobulaire. Les fibres musculaires sont le siège d'une distention œdémateuse très accusée, les vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés celui d'une stase notable. A côté d'eux se trouvent parfois des foyers hémorrhagiques analogues aux précédents, mais beaucoup plus petits; ce sont ces foyers plus ou moins limités; qui se continuent par endroits avec les vastes nappes apoplectiques voisines, qui donnent lieu au piqueté spécial qu'on retrouve dans les divers points de cette zone. En résumé, en allant de la superficie dans la profondeur, on voit sur les coupes l'infarctus, l'apoplexie se limiter, se circonscrire, et cela en raison directe de la vascularisation de la tumeur.

3° A mesure que l'on s'avance dans la tumeur et qu'on considère les coupes intéressant des parties plus centrales on voit les nappes ou foyers hémorrhagiques s'atténuer, puis disparaître.

L'œdème lui aussi diminue. Les coupes présentent alors l'aspect et la structure du fibro-myôme classique et à peu près pur Les cellules musculaires lisses prédominantes sont disposées en faisceaux serrés, irrégulièrement distribués dans toute la masse, offrant les dispositions les plus bizarres, tantôt montrant les coupes longitudinales dans ces cellules musculaires, tantôt offrant des sections transversales de celle-ci; la plupart de ces fibres cellules ont une direction rectiligne, d'autres en plus petit nombre sont ondulées comme des fibres conjonctives, d'autres enfin ont une disposition plus ou moins arquée, ce sont celles qui s'ordonnent autour des centres lobulaires. Le tissu fibreux est peu abondant dans la tumeur; il ne prédomine qu'autour des vaisseaux, formant autour d'eux de véritables espaces analogues aux espaces portes du foie. Ces vaisseaux, quoique en moins grand nombre dans la zone centrale, sont néanmoins dilatés et ont une structure pour la plupart veineuse; dans leur contenu globulaire on trouve une surcharge de globules blancs.

Examen à un fort grossissement (Obj. 6, Ocul. 3. Verick). — Les particularités intéressantes à ce grossissement portent surtout sur la zone hémorragique.

1° En ce point les fibres musculaires dissociées et à peine groupées en fascicules d'une délicatesse extrême sont presque tout entières recouvertes par les hématies; il n'est peut-être pas une seule cellule musculaire lisse qui ne soit au contact de globules rouges. La forme de ces faisceaux musculaires est d'ailleurs des plus variables; les uns sont allongés, fusiformes comme ces cellules mêmes, d'autres aplatis, d'autres enfin diversement contournés. Les cellules qui les composent paraissent en outre tantôt tassées, étouffées par la masse sanguine, tantôt comme distendues, vésiculeuses, leur protoplasma semblant s'être imbibé de la sérosité ambiante; elles prennent alors moins fortement les matières colorantes et leur noyau en ces points est plus petit, arrondi, comme ratatiné au centre de la cellule.

2° Quelques rares fibres connectives et délicates relient les cellules musculaires entre elles et forment, au milieu de la nappe globulaire, avec des filaments de fibrine, un fin réticulum ; ces fibres conjonctives proviennent des travées péri-vasculaires du fibro-myome dissociées par l'épanchement.

3° Les globules rouges extravasées de ce dernier ont subi relativement peu d'altérations Dans la majorité, ils ont conservé leur forme discoïdale biconcave ; ailleurs, cependant, et cela surtout dans les zones périphériques, ils ont pris un aspect crénelé.

Nos considérations sur ce fibro-myôme utérin à pédicule tordu seront brèves.

L'histoire clinique nous force à admettre que dans ce cas la torsion du pédicule a été une torsion lente, chronique. C'est là un fait rare pour les fibro-myômes sous-péritonéaux et, quand par extraordinaire il survient, il s'accompagne généralement de torsion simultanée de l'utérus.

Au point de vue anatomique, nous devons faire aussi remarquer que la torsion du pédicule a obéi à la loi de Rokitansky et de Lawson Tait, citée par Mouls dans sa thèse ; comme la plupart des kystes ovariques, la torsion s'est opérée ici dans le sens des aiguilles d'une montre. Nous constatons le fait sans en donner l'explication.

A un autre point de vue d'anatomie macroscopique, nous rappellerons l'aspect truffé si spécial, qui simule absolument celui des infarctus de l'apoplexie pulmonaire De même que dans les kystes ovariques et les ovaro-salpingites à pédicule tordu (Hartmann et Reymond) nous trouvons ici des lésions de stase veineuse portées à leur maximum, c'est-à-dire l'hémorragie en nappe, un œdème notable et dépendant autant de l'apport artériel que de l'obstruction veineuse dans la tumeur ; il n'y a pas de foyer de gangrène superficiel, ni profond. Autour du fibrome existent les traces d'une péritonite chronique évidemment aseptique ; les adhérences épiploïques et intestinales du néoplasme en sont la preuve et rappellent de très près celles des kystes ovariques à pédicule tordu.

Au point de vue histologique les lésions sont assimilables à celles qu'on observe dans les kystes ovariques et les salpingites à pédicule tordu. Nous mentionnerons la dissociation des éléments fibro-myômateux par l'hémorragie, la stase et la thrombose veineuse, le faible calibre des artères, et au voisinage des nappes hémorragiques la réplétion lymphatique et la diapédèse des leucocytes. Si on veut bien comparer nos figures à une figure contenue dans la thèse de Reymond et représentant une coupe de trompe pédiculée et tordue, on verra que la disposition des éléments est identiquement la même et que les figures sont presque superposables.

En somme, la torsion d'un pédicule entraîne les mêmes désordres dans la structure de la tumeur, qu'on ait affaire à un kyste ovarique, à une salpingite, ou à un fibrome utérin.

Observation XIII (Delaunay et Pilliet).

Mme G. J..., âgée de 44 ans, entrée le 1er décembre 1896 dans le service du Dr Péan, salle 3, lit 23.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier.

Antécédents personnels : Apparition des règles à l'âge de 13 ans. Ces dernières sont d'une durée et d'une quantité normales, mais douloureuses et irrégulières en ce sens qu'elles surviennent toujours avec cinq ou six jours d'avance. Mariée à 26 ans, pas d'enfants, pas de fausses couches.

Il y a quatre ans, les règles devinrent plus irrégulières et assez souvent la malade constata des retards de deux et trois mois. A tel point qu'à une époque elle crut être enceinte, car elle remarqua en outre une légére augmentation de volume du ventre.

Jusqu'à il y a deux ans, rien de particulier à signaler; mais alors apparurent des douleurs abdominales sans localisation bien spéciale, surtout accentuées au moment des règles et survenant par crises pendant les périodes intermenstruelles.

Il y a vingt jours, sans cause appréciable, la malade fut prise de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, accompagnées de vomissements, de ballonnement du ventre et de fièvre. On porta le diagnostic d'appendicite et pendant quinze jours elle garda le lit. Peu à peu les phénomènes aigus s'amendèrent et c'est à ce moment que nous l'examinons.

Examen. — Le ventre est légèrement ballonné, sensible à la pression dans la fosse iliaque droite, mais parfaitement dépressible. Nous constatons à ce niveau, et profondément située, une tumeur relativement volumineuse, de forme allongée, immobile, douloureuse, rénitente et pouvant facilement en imposer pour un cæcum.

Au toucher vaginal nous trouvons un utérus de volume normal, légèrement dévié à gauche et peu mobile. Dans le cul-de-sac latéral gauche rien de particulier.

Dans le cul-de-sac droit, au contraire, nous trouvons une tumeur du volume du poing, très adhérente aux parois pelviennes et à l'utérus. Par le palper bi-manuel on sent que les mouvements communiqués à la tumeur sont nettement transmis à l'utérus et qu'elle déborde le fond de ce dernier d'environ trois travers de doigt. Sa consistance est ferme, mais dépressible. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur paraissant se continuer avec la tumeur latérale, mais donnant une sensation de fluctuation très nette. On porte le diagnostic de fibrome utérin, mais en faisant des réserves sur la possibilité d'un gros pyosalpinx.

En raison de l'élévation de la tumeur du côté de l'abdomen on se décide à pratiquer la laparotomie.

Opération le 7 *décembre* 1896. — Après ouverture du ventre, on trouve une tumeur située au niveau de la corne utérine droite; son aspect est verdâtre, l'épiploon est très adhérent sur toute sa surface; elle est fluctuante et offre absolument l'aspect d'un kyste à pédicule tordu. On fait une ponction qui ne donne issue à aucun liquide. On la libère alors de ses adhérences et on constate qu'elle est reliée à la corne utérine par un pédicule long d'environ un centimètre et demi implanté un peu au-dessous et en avant de la trompe et tordu sur son axe d'environ trois quarts de spire, dans le sens des aiguilles d'une montre. Le pédicule est lié, sectionné et la tumeur enlevée; on aperçoit alors qu'il existe plus profondément une autre tumeur qui n'est autre chose qu'un kyste de l'ovaire du volume de deux poings. On l'enlève à son tour et le ventre est fermé par trois étages de sutures en surjet.

L'aspect de la tumeur solide rappelle celui du rein; l'extrémité supérieure est beaucoup plus volumineuse que l'inférieure; sa forme est allongée et on comprend qu'elle ait pu à un examen superficiel, en imposer pour un cæcum. Le pédicule est situé dans la concavité.

A la coupe, on constate qu'il s'agit d'un fibro-myôme avec hémorragie interstitielle abondante.

La torsion du pédicule dans les fibromes sous-péritonéaux pédiculés est un fait assez rare, pour cette raison qu'en général, ces pédicules sont gros et courts; de telle sorte que c'est plutôt l'existence d'un pédicule susceptible d'être tordu qui constitue la rareté de cette complication. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'un pédicule assez long et assez mince, c'est-à-dire dans des conditions telles que la torsion est possible, nous nous trouvons en présence d'une tumeur analogue à toutes les tumeurs pédiculées, kystiques ou non. Que, pour une raison quelconque, la position de la tumeur vienne à changer (et dans le cas particulier, le développement d'un kyste de l'ovaire au-dessous et en arrière de la tumeur, a certainement été la cause de la torsion du pédicule), qu'une bride vienne enserrer le pédicule, en un mot que la circulation dans le pédicule vienne à être interrompue, et nous assisterons à toute la série des phénomènes hémorragiques et inflammatoires, caractérisant cette complication de ces sortes de tumeur, phénomènes qui présenteront une évolution aiguë ou chronique, suivant que la circulation aura été interrompue d'une façon brusque ou lente.

Quant à la fluctuatiou si manifeste que l'on a constatée, nous

ne croyons pas qu'elle soit due à la torsion du pédicule. Il nous a a été donné, en effet, de voir cinq cas de graves tumeurs fibreuses pédiculées, et dans lesquelles la fluctuation était si nette, que le diagnostic de kyste a presque toujours été porté. Et lors même que la tumeur était enlevée, il était bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'affirmer l'existence d'une tumeur solide ou liquide. Nous croyons que, dans ces cas, la fluctuation est due précisément au pédicule, et plus la tumeur sera grosse et le pédicule mince, plus la sensation de flot sera manifeste. Dans ces sortes de tumeur, la circulation est, en effet, gênée, la périphérie s'œdématie, le ventre se ramollit, et on se trouve dans des conditions telles que le diagnostic de kyste de l'ovaire vient tout naturellement à l'esprit; surtout si l'on ajoute que, dans ces cas, les hémorragies font le plus habituellement défaut.

Il est également une autre considération sur laquelle il n'est pas inutile d'insister : c'est la facilité de ces opérations, de telle sorte que l'on pourrait dire que plus l'erreur du diagnostic aura été complète, plus l'extraction de la tumeur sera facile, et cela précisément parce que le pédicule sera petit. Nous laissons, bien entendu, de côté les cas où des adhérences ou le développement rétro-péritonéal de la tumeur peuvent compliquer l'intervention.

Examen histologique, par A. H. Pilliet, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité.— Sur les coupes colorées à la thionine, on constate que le fibrome est absolument gorgé de sang.

En certains points, on rencontre des tourbillons de fibres musculaires lisses, encore reconnaissables. En certains autres on ne voit que des zones d'apoplexie intense, dissociant complètement le tissu préexistant. Les tissus veineux de la coque du fibrome sont thrombosés et remplis de fibrine en voie d'organisation.

La trame de la tumeur et ces mêmes tissus contiennent une quantité énorme de leucocytes et de cellules fixes, chargées de granulations irrégulières et d'un pigment jaune-brun, d'origine hématique.

En résumé, il existe une congestion veineuse intense avec thrombose des sinus périphériques de la coque du fibrome, et véritable apoplexie du fibrome lui-même, avec destruction de ses éléments propres et transformation pigmentaire du sang épanché, ce qui montre qu'il manquait de voies de retour et de moyens rapides de régression.

Observation XIV (Demantké).

Mme C..., 38 ans, blanchisseuse. Entre le 20 janvier 1897, salle Velpeau, n° 5.

Antécédents. — Toujours bien portante. Réglée à 13 ans. Menstruation normale. Mariée en 1883. Deux accouchements. N'a jamais eu de fausse couche.

Maladie actuelle. — Apparition de douleurs abdominales en juin 1896, au moment d'une période menstruelle. Arrêt subit des règles, puis le lendemain, ménorrhagie, trois semaines après, nouvelle crise douloureuse. Son ventre grossit peu à peu, et sur les conseils d'un pharmacien, elle vient consulter à l'hôpital Cochin. Envoyée d'abord en médecine dans le service de M. le Dr Chauffard à cause d'une *insuffisance mitrale*, elle passe le 20 janvier dans le pavillon Velpeau (service de M. le Dr Bouilly).

Examen à l'entrée. — Bon état général. Souffle systolique à la pointe, pas de signes d'insuffisance cardiaque.

Du côté du ventre, grosse tumeur remontant au-dessus de l'ombilic, effleurant sur les côtés les crêtes iliaques. Régulière dans son ensemble, elle n'est pas fluctuante, mais présente un certain degré d'élasticité.

Toucher. — Col refoulé dans le cul-de-sac latéral droit. Le gauche est rempli par une masse dure se continuant avec la tumeur abdominale. Celle-ci commence bas, près du col, et le sillon sus-pubien est difficile à délimiter. Pas de gêne de la miction.

Cathétérisme utérin : 16 centimètres. Urines normales.

Opération, le 26 *janvier* 1897. — Laparotomie. Le ligament large gauche recouvre la tumeur, mais il n'y a pas enclavement intraligamentaire, il s'agit *d'une simple torsion du fibrome de gauche à droite*. La tumeur est saisie avec le tire-bouchon et extraite de la cavité abdominale. Section des ligaments larges. Isolement de la vessie qui est recouverte de veines flexueuses, dilatées Application du lien de caoutchouc, deux tours fixés par un fil de soie. Ligature à la soie des deux ligaments larges. Toilette du moignon. Thermo-cautérisation, et excision au bistouri de la muqueuse cervicale très apparente. Pas une goutte de sang au cours de l'opération. Pas de drainage. Fermeture ordinaire de la paroi. Pansement vaginal à la gaze iodoformée.

Poids du fibrome : 1,770 grammes, formée par une seule masse autour de laquelle le tissu utérin s'est hypertrophié. Cavité uté-

rine très large, développée dans le segment gauche de la tumeur. Annexes normales.

Petits fibromes pédiculés à la surface de la tumeur principale.

Suites opératoires. — Température, le soir, 37°. Pouls, 80.

Ablation des fils huit jours après La malade quitte l'hôpital à la fin de février.

Observation XV (Péan, in Th. Planque, 1897)

Antécédents héréditaires, et collatéraux : Nuls.

Antécédents personnels: Rougeole vers 6 ans, jamais d'autres maladies.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement et sans douleurs jusqu'au début de l'affection, il y a dix-huit mois ; jamais de pertes blanches.

Mariée à 18 ans, une seule grossesse, jamais de fausse couche, accouchée à 19 ans d'un enfant qui vit encore aujourd'hui, suites de couches normales.

Histoire de la maladie. — Depuis onze mois, troubles dans la menstruation; les règles avançent d'abord de cinq jours, puis de huit, enfin depuis huit mois, elles se reproduisent tous les quinze jours, s'accompagnant seulement d'une sensation de pesanteur abdominale.

La malade ignorant l'existence de la tumeur, continue ses travaux des champs jusqu'aux dernières règles survenues il y a vingt jours, et accompagnées d'assez violentes douleurs.

Un médecin consulté alors constate la présence d'une volumineuse tumeur abdominale et conseille l'intervention.

Examen de la malade. — Etat général assez bon, léger amaigrissement depuis un mois seulement. Rien au cœur ni aux poumons ; rien dans les urines.

Au palper : Ventre volumineux, saillant, tumeur arrondie remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Quoique assez mobile, cette tumeur semble présenter des adhérences.

Au toucher : Culs de sacs complètement effacés par la tumeur, col fortement dévié à gauche. Combiné au palper, le toucher semble indiquer que la tumeur est légèrement mobile et séparée de la masse constituée par l'utérus.

Opération — La malade étant placée dans le décubitus latéral gauche, le premier temps consiste en la dissection du col et le pincement des ligaments larges à leur base (sans section).

La malade est alors placée dans le décubitus dorsal et une incision médiane de 15 centimètres est pratiqué.

L'ouverture de l'abdomen met à découvert une volumineuse tumeur violacée, tendue et offrant presque l'apparence d'un kyste hématique. La ponction, faite avec la pointe d'un bistouri, met en évidence la matière solide de la tumeur.

Transfixée à l'aide d'une forte broche courbe, la tumeur est attirée hors de la cavité abdominale, il est dès lors nécessaire de la libérer de quelques adhérences épiploïques surtout à gauche et en haut.

Une fois hors de l'abdomen, on constate que la tumeur est un fibrome à pédicule tordu dans le sens des aiguilles d'une montre, inséré sur le fond de l'utérus.

Le pédicule est coupé entre deux pinces et lié à l'aide d'un fil de soie simple.

La suture du péritoine est faite au catgut et le pédicule fixé en dehors du péritoine à la partie inférieure de la plaie. Deuxième plan de suture au catgut, réunissant les plans musculaires et aponévrotiques Sutures cutanées au catgut.

Du côté du vagin, suture du cul de sac antérieur à l'aide d'un surjet de catgut. Le cul de sac postérieur est laissé ouvert pour assurer le drainage de la cavité abdominale.

L'asepsie de la cavité utérine est pratiquée à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée. Le vagin est tamponné à l'aide de trois éponges salolées et d'une iodoformée.

Suites opératoires : Les pinces sont enlevées le surlendemain de l'opération.

Les éponges sont retirées le sixième jour.

Le premier pansement de l'incision abdominale est fait le huitième jour ; réunion par première intention.

Examen de la pièce, par M. le Dr A. Pilliet. — La tumeur ovoïde pèse 1.200 grammes ; elle mesure 25 centimètres dans son grand axe, 18 dans son axe transverse. Le pédicule situé à la partie inférieure, dans le sens du grand axe présente la largeur d'une pièce 1 franc. Il est un peu oblong. Le péritoine est facilement détachable en ce point ; et l'on constate l'existence d'une veine importante thrombosée. La coupe transverse de la tumeur montre qu'elle est tout entière d'un rouge jambonné, avec taches noirâtres disposées par semis. Il existe de grandes plaques violacées, sous toute la surface péritonéale qui est unie et libre d'adhérences.

Coupes au niveau du pédicule. — Les coupes, comme toutes les autres, ont été colorées au carmin d'alun, à l'hématéïne et à la

thionine. Cette dernière substance nous a paru inférieure en général à l'hématéïne sauf pour la coloration des caillots intra-vasculaires et de leurs éléments figurés.

Sur les coupes pratiquées au niveau du pédicule on constate l'existence de veines volumineuses thrombosées, avec caillots adhérents, intimement pénétrés par des cellules ramifiées provenant de la multiplication de l'endothélium du vaisseau. On a sous les yeux les résultats décrits par M. le professeur Cornil dans la ligature des veines. La torsion a produit ici le même résultat, la formation d'un caillot adhérent et actif au niveau du pédicule. Les parois de ces veines ne sont pas sensiblement épaissies.

Il n'en est pas de même des artères situées en dedans du pédicule.

Les unes sont encore perméables et largement dilatées, mais les autres, et c'est le plus grand nombre, présentent tous les signes de l'artérite oblitérante avec lésions portant sur toutes les tuniques artérielles et même avec amas de leucocytes dispersés autour de la gaine externe.

On ne rencontre pas de filet nerveux isolés, apparents ; ce sont probablement les nerfs des artères qui suffisent à la nourriture du fibrome.

Dans la trame du pédicule on ne voit que les fibres musculaires lisses, se colorant du reste, bien par les réactifs. Elles sont peu abondantes, ne forment pas de paquets épais, et se retrouvent ainsi clairsemés jusque sous le péritoine intact.

Coupes de la périphérie de la tumeur. — Sous le péritoine qui n'est qu'un peu épaissi dans son feuillet cornéen en rencontre des fibres musculaires en paquets serrés, chaque fibre possédant un noyau volumineux bien coloré. Mais cette masse de tissus bien vivant est très mince et au-dessous la trame est apoplexiée, remplie de globules rouges en partie détruits et déterminant par leur destrution même des cavités irrégulières au pourtour desquelles on rencontre quelques faisceaux de fibres lisses isolés et morcelés.

Plus bas, l'inondation du fibrome par le sang est complète, et ce sang infiltré dans les tissus semble se détruire avec une rapidité remarquable. Il forme des masses diffuses, à peu près amorphes, parsemées d'un pigment brun jaunâtre provenant des globules sanguins détruits Les globules blancs sont peu abondants. Les fibres musculaires sont dissociées, isolées, quelques-unes restent volumineuses, la plupart s'atrophient et l'on en voit qui subissent la transformation pigmentaire. D'autres ne sont

plus reconnaissables qu'à une petite traînée allongée, le pigment sanguin ayant gardé la longueur et la forme générale de la fibre cellule.

Il en faut conclure que la fibre musculaire lisse, qui jouit comme la fibre striée, quoique à un degré beaucoup moindre, de la propriété de fixer dans son plasma l'hémoglobine a, suppléé aux globules blancs et a fixé et détruit elle-même l'hémoglobine résultant de l'inondation sanguine ambiante. Ainsi s'expliqueraient la rapidité de la destruction du sang épanché et la destruction des fibres-cellules tuées par la surcharge pigmentaire. Le pigment est dispersé dans ces tissus sous la forme d'une poussière fine à petits grains, et, par places, de masses qui d'abord ont été contenues dans les leucocytes dont les noyaux ne se colorent plus, et qui forment ensuite des amas muciformes composés de filaments enchevêtrés de toutes les façons comme un mycélium de champignons.

Les coupes au pourtour de la Géode centrale montrent une substance dans laquelle les réactifs, en particulier la thionine, ne colorent plus aucuns noyaux, si ce n'est dans quelques cellules musculaires de la paroi des artérioles. Pourtant la disposition générale des fibres du tissu est encore reconnaissable, sauf aux bords de la géode, où la paroi ne forme qu'une masse homogène et friable. Les caractères de destruction étendue, sans grande hémorragie, peuvent faire penser que la géode préexistait à la torsion.

En résumé nous constatons une thrombose veineuse au niveau des veines du pédicule; et de plus une artérite oblitérante assez accentuée. Comme résultats on observe dans la masse de la tumeur une apoplexie veineuse avec infarctus mal limités, et destruction rapide du sang épanché, du tissu conjonctif et des muscles englobés dans l'inondation. Ce processus est donc assez particulier, à cause de cette mort rapide de tous les éléments en contact avec le sang et de la transformation pigmentaire que subissent les fibres cellules avant de disparaître.

Observation XVI (Guillot. *Soc. anatom.*, 1898).

Fibrome sous-séreux pédiculé de l'utérus. Torsion du pédicule avec apoplexie de la tumeur sans accidents aigus.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique un fibrome de l'utérus enlevé par mon maître, M. Walther. La malade est une femme de 42 ans, mariée, qui depuis un an se plaint de l'aug-

mentation progressive de son ventre et de pertes blanches abondantes. Habituellement les règles sont régulières, mais courtes. Depuis le commencement de son affection elles n'ont pas augmenté de durée, et aucune hémorragie ne s'est produite dans leur intervalle. Enfin à aucun moment de l'affection, il n'y a eu d'accidents aigus pouvant faire penser à la version du pédicule d'une tumeur abdominale.

Le 24 *octobre*, on enlève un fibrome sous-séreux pesant 4 kil. 950 à pédicule court et mince. Ce pédicule s'insère sur le fond de l'utérus dont la largeur est notablement augmentée. Il est tordu de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre.

La capsule est de teinte normale au niveau de l'hémisphère inférieur, elle est brunâtre au niveau du pôle supérieur. Cette teinte est parsemée de taches rougeâtres et d'un noir violet. Sous la séreuse serpentent de rares vaisseaux (artères très grêles, veines plus volumineuses).

Sur la capsule aucune trace de réaction péritonéale, sauf une seule adhérence épiploïque au niveau de la partie antérieure du pôle supérieur. La consistance de la tumeur est inégale. La partie supérieure donne sur une grande étendue une sensation nette de fluctuation.

Sur la coupe on voit que le fibrome a subi une hémorragie de toute la moitié supérieure ; cette hémorragie semble de date récente. La coupe fraîche est d'un rouge foncé en plusieurs points et laisse sourdre du sang par la pression. La zone fluctuante est constituée par de l'œdème dans lequel s'est fait une irruption sanguine.

La partie apoplexiée présente deux régions, une zone externe molle et noirâtre dont la coupe ressemble à celle d'un infarctus et une zone interne colorée en rouge brun par une infiltration sanguine moins prononcée et dans laquelle on distingue :

1° De nombreuses coupes de vaisseaux qui par la pression laissent sourdre du sang en abondance.

2° Des géodes dont les unes probablement antérieures à l'hémorragie, à parois lisses, fermes et nettement limitées contiennent un magma fortement hématique : tandis que les autres correspondent à des cavités de néoformation dues à l'effraction par le sang du tissu du fibrome déjà dissocié par l'œdème.

La coupe du centre et du pôle inférieur est ferme, blanche, non vasculaire surtout au centre. Elle présente des lobules à limitation peu nette et quelques cavités de petites dimensions à parois lisses pleines sur la coupe fraîche d'une manière transparente d'apparence colloïde.

Observation XVII (1er Cas d'Ersilio Ferroni).

M... Régina, âgée de 40 ans.

Réglée à 14 ans; règles abondantes et douloureuses, bien réglée jusqu'à l'âge de 37 ans. Depuis trois ans, elle a une tendance à devancer ses époques menstruelles. Durée habituelle des règles, quatre à huit jours.

Grossesses et allaitements physiologiques.

Elle entre à l'hôpital pour une tumeur abdominale qui a subi en un mois un développement considérable, s'accompagnant de douleurs et d'un affaiblissement de la nutrition générale.

Examen général. — Nutrition satisfaisante. Pouls 94, avec une intermittence chaque demi-minute. Artères temporales tortueuses. Le thorax est aplati au niveau du sternum, le lobule pulmonaire recouvre l'aire cardiaque. La respiration est rude en avant, normale en arrière. La pointe du cœur n'est ni visible ni palpable. La pointe bat dans le cinquième espace inter-costal, sous la mamelle. Le deuxième temps est légèrement soufflant. Foie normal. Urines normales.

Mamelle : Tissu glandulaire bien développé. Secrétion séreuse. tubercules de Montgomerry.

Abdomen: On y découvre une tumeur qui occupe les deux fosses iliaques; son grand diamètre est transversal. Elle est partagée en deux par une dépression verticale sur la ligne médiane. La forme générale est sphéroïdale, la superficie lisse et régulière, la consistance plutôt dure, on n'y perçoit aucune fluctuation. L'auscultation de la tumeur ne donne aucun résultat. A gauche, la main ne peut s'enfoncer entre la tumeur et la paroi. La vessie n'est pas surélevée.

Les organes génitaux externes sont ceux d'une pluripare, ils sont sains. A l'exploration, l'utérus est rétrofléchi, plutôt gros, mou, élastique. L'hystéromètre est facilement introduit, il se dirige en bas ; la cavité mesure 11 centimètres.

Diagnostic : Fibrome multiple sous-séreux.

Opération. — Laparotomie. Myomectomie.

La tumeur est insérée au voisinage de la corne gauche par un pédicule grêle qui a subi une torsion de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre, adhérent par sa partie postérieure à l'S iliaque.

La malade sort guérie.

Observation XVIII (2e Cas d'Ersilio Ferroni).

Femme de 45 ans, vierge; règles habituellement abondantes, sans pourtant de métrorrhagies.

En février 1898, après un mois d'aménorrhée la malade eut une forte métrorrhagie, accompagnée de douleurs principalement localisées à gauche et qui allaient en augmentant d'intensité. Le ventre avait grossi en peu de temps; la température s'était élevée. Elle avait perdu l'appétit et présentait un dépérissement notable. A cet ensemble général s'ajoutait un souffle cardiaque à droite. Urines normales.

Diagnostic. — L'examen gynécologique conduit au diagnostic de fibrome de l'utérus avec probablement développement intraligamenteux de l'un d'eux, à gauche.

Opération. — Laparotomie le 14 septembre 1898. Ascite (400 cm. c.). Adhérences multiples de la tumeur avec le péritoine pariétal, avec la paroi et avec l'intestin. Fibromes multiples de l'utérus; dont un sous-séreux, à pédicule tordu à 180°. Le pédicule est court, long de 1 centimètre. Il est tordu de gauche à droite et d'avant en arrière, c'est-à-dire dans le sens des aiguilles d'une montre.

Hystéromyomectomie supra-vaginale.

Suites opératoires, bonnes. Guérison.

La malade, revue trois mois après, a un aspect florissant

Observation XIX (Schwartz,

Comptes rendus S. O. G. P., 4 mai 1900).

Fibrome sous péritonéal de l'utérus à pédicule tordu.

Femme de 48 ans, multipare, bien réglée, jamais de métrorrhagies.

Prise, au mois de juillet 1899, d'accidents de péritonite généralisée, très graves, qui durent six semaines.

La crise terminée, on s'aperçoit qu'elle porte une tumeur dure, immobile, dans la région hypogastrique et le flanc gauche, remontant jusqu'aux fausses côtes.

Elle m'est adressée il y a un mois.

Je diagnostique, étant donné l'absence de métrorrhagies et les quelques mouvements que la tumeur communique à l'utérus,

un fibrome sous-péritonéal, probablement tordu (j'en avais vu un cas il y a trois ans).

L'opération a été pratiquée il y a quinze jours. Il s'agissait, en effet, d'un fibrome adhérant partout à la paroi, à l'intestin et à l'épiploon. Je parvins à décortiquer la tumeur de ses adhérences, j'arrivai ainsi jusque sur l'utérus, auquel la tumeur que je vous présente, ayant la forme d'un gros rein (20 centimètres de longueur sur 10 centimètres de largeur), tenait par un pédicule de 1 centimètre de longueur, de l'épaisseur d'un gros crayon et tordu sur lui-même, d'un tour et demi, suivant le sens des aiguilles d'une montre. Il était inséré sur l'angle droit de l'utérus. Il fut lié, et la tumeur enlevée.

Comme il y a encore un fibrome à la paroi postérieure, que la femme a 30 ans, j'enlève les deux annexes. Drainage de la cavité pelvienne, qui saigne un peu.

Aucun accident. L'opérée est actuellement guérie.

Ce cas me paraît intéressant au point de vue de l'histoire des torsions. Brièveté du pédicule, n'ayant pas plus de 1 centimètre de longueur ; par contre, longueur considérable de la tumeur, qui présentait une prise importante aux forces qui ont provoqué la torsion, qui semble avoir été très rapide. La coupe de la tumeur montre une apoplexie totale du fibrome, qui est rouge sur la coupe, infiltré de sang.

Observation XX (Martin Christopher, *Midland médical society* 13 fév. 1901).

Fibrome sous-séreux à pédicule tordu.

M. Christopher Martin présente un gros myome sous-séreux qui s'est étranglé, à la suite d'une rotation du pédicule sur son axe. Il fut extirpé chez une femme mariée, âgée de 40 ans.

La tumeur n'avait causé que peu d'accidents avant que la torsion ne survînt. Celle-ci s'accompagne d'une péritonite aiguë.

L'abdomen une fois ouvert, la tumeur, qui présentait à peu près la taille d'un ballon de football est à demi gangrenée, d'une couleur gris-noirâtre, et adhérente partout aux épiploons.

Le pédicule qui la fixait, mesurait 3 pouces, c'est-à-dire trois fois $0^{m}025$ de long, et présentait trois tours de torsion sur l'axe dans le sens des aiguilles d'une montre. Après décollement des adhérences le pédicule fut ligaturé et la tumeur enlevée.

Le reste de l'utérus était criblé de petits myomes, et on l'enleva par la méthode supra-vaginale.

La malade guérit bien et rentra chez elle le dix-septième jour.

Observation XXI (1er cas de Boursier, 4 déc. 1901).

Fibrome utérin sous-séreux pédiculé. Torsion du pédicule. Myomectomie. Guérison.

Mlle Marthe L..., 30 ans, demoiselle de magasin, m'est adressée par son médecin, pour une tumeur abdominale très douloureuse depuis quelques jours.

Les antécédents héréditaires sont des plus simples, son pére et sa mère sont vivants et bien portants; sa mère est sujette à des migraines; elle a un frère, une sœur bien portante.

Rien à retenir non plus dans ses antécédents personnels. Elle a été réglée à 15 ans. Les règles n'ont pas toujours été régulières. Elles sont souvent douloureuses au point de nécessiter parfois un jour ou deux de repos au lit. Elles sont souvent abondantes, et il y a quelques années, la malade a eu, au moment des règles, une hémorragie assez copieuse, qui dura sept jours et s'arrêta d'elle-même.

Il y a un an environ à la suite d'une grande frayeur, la malade fut prise. le lendemain, de vomissements bilieux avec douleurs trés violentes dans le bas-ventre, semblables à celles qu'elle avait éprouvé parfois au moment de ses règles, et fut forcée de garder le lit.

Ces douleurs siégeaient dans la moitié droite du ventre, avec irradiation dans les reins et dans la cuisse droite, et s'étendaient jusque dans la fosse iliaque gauche. Un médecin appelé ne trouva rien d'anormal et calma cette crise douloureuse, à l'aide du repos et de cataplasmes laudanisés.

Depuis cette époque, Marthe L..., vit à peu près tous les quinze jours revenir des crises douloureuses analogues, mais moins fortes. Les règles pendant cette période ont été un peu moins abondantes, tout en ayant la même durée. Elle n'a pas eu de metrorrhagies, ni jamais d'kydrorrhée, elle a présenté quelques pertes blanches.

Jusqu'à ce moment, novembre 1901, la malade ne s'était jamais aperçu qu'elle portait une tumeur, bien que cependant dans les

mouvements un peu brusques, elle sentît depuis quelque temps, que quelque chose ballottait dans son ventre. C'est au milieu du mois de novembre 1901, à l'occasion d'une nouvelle crise douloureuse que son médecin découvrit une tumeur abdominale.

Au moment, où je fus appelé auprès d'elle, par le Dr Rivals, son médecin ordinaire, elle avait été reprise depuis une quinzaine de jours de ses douleurs abdominales, qui se présentaient avec les caractères décrits plus hauts. En outre les mictions étaient devenues fréquentes et avaient été très douloureuses pendant les premiers jours de la crise. Il n'y a pas eu de constipation. La malade qui est très nerveuse, et qui trouve que depuis quelque temps, elle a maigri et que son appétit a diminué, a éprouvé quelques accès de fièvre, le soir, depuis le début de ses douleurs.

Elle se décide après mon examen, à entrer dans mon service de l'hôpital Saint-André, salle 1, lit n° 9, le 30 nov. 1901.

Examen. — L'examen fait à son entrée donne les résultats suivants :

Le ventre a une apparence normale, il ne présente ni tuméfaction, ni ballonnement, ni vascularisation anormale.

A la palpation la paroi est souple, mobile, assez mince. Elle se laisse assez facilement déprimer, et l'on trouve alors une masse assez dure, lobulée, située à droite de la ligne médiane, mais la dépassant à gauche de deux doigts environ. Elle semble placée au niveau de la fosse iliaque droite, et son bord supérieur remonte à peu près à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic.

Cette tumeur est légèrement mobile, mais très douloureuse au toucher, elle est recouverte en partie par l'intestin, car la percussion légère indique à son niveau une sonorité intestinale.

L'état de virginité de la malade empêche l'examen vaginal.

Par le toucher rectal et la palpation bimanuelle, on trouve un utérus plutôt petit, mobile; la tumeur semble se déplacer avec l'utérus. En présence de ces symptômes et des caractères physiques de la tumeur, notre diagnostic hésite entre un kyste dermoïde enflammé et adhérent à l'utérus, à cause des crises douloureuses que signale la malade, et un fibrome utérin, sans pouvoir alors nous expliquer la pathogénie des crises douloureuses.

D'ailleurs dans les deux cas, l'indication de l'opération nous paraissait formelle, et nous n'hésitons pas à proposer à la malade une laparotomie.

Opération le 4 *décembre* 1901. — A l'ouverture de l'abdomen nous trouvons une tumeur bosselée, noirâtre, occupant surtout la fosse iliaque droite, adhérente à l'épiploon, assez largement, et

à l'intestin grêle par une adhérence petite et friable. Un pédicule de 2 centimètres environ et très court, tordu, une fois sur lui-même relie cette tumeur au fond de l'utérus. Les adhérences détruites la tumeur est enlevée après ligature en chaîne au catgut et section du pédicule détordu.

Trois petits fibromes sous-séreux de la grosseur d'un noyau de cerise sont successivement enlevés. L'ovaire gauche volumineux, polykystique est cautérisé au thermo-cautère. Sur l'ovaire droit, qui est aussi augmenté de volume, je resèque un kyste hématique.

Une partie de l'épiploon adhérent à la tumeur est réséquée.

Puis le ventre est refermé par trois plans de sutures.

Les *suites opératoires* furent des plus simples et apyrétiques. Malgré la présence d'un petit abcès de la paroi qui s'ouvrit spontanément le 20 décembre, la malade quitta l'hôpital complètement guérie le 31 décembre.

Le fibrome enlevé, qui était ovoïde, et moins gros qu'une tête de fœtus à terme était absolument noirâtre, et cette coloration paraissait due à une congestion intense plus accusée peut-être à la périphérie, mais qui s'étendait presque aussi complète à toutes les couches de la tumeur.

Il n'y avait ni abcès, ni sphacèle. L'examen histologique n'a pas été fait.

Observation XXII J.-L. Faure.

Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, Séance du 12 octobre 1903.

Fibrome à pédicule tordu et torsion de l'utérus.

Mme B..., âgée de 39 ans, sans antécédents morbides, deux enfants, bien réglés.

Il y a deux ans, elle a ressenti tout à coup de grandes douleurs dans le ventre. Ces douleurs ont duré trois jours pour s'atténuer ensuite et recommencer, bien qu'avec beaucoup moins d'intensité au moment où les règles suivantes auraient dû reparaître. Je dis auraient dû, car elles n'ont pas reparu, si bien que la malade a cru être enceinte. Cela était d'autant plus naturel que son ventre grossissait peu à peu.

Au bout de neuf mois, la situation n'a pas changé au grand étonnement de tout le monde. C'est alors qu'un examen attentif a fait penser qu'il s'agissait d'une tumeur.

Le ventre continuait d'ailleurs à grossir, l'état général restant satisfaisant

Dans ces derniers temps, mon ami, le Dr Paquelin, appelé à voir la malade, pensa à un fibrome et me l'envoya à l'hôpital Cochin.

Examen. — A son entrée, la tumeur est énorme, dure, avec trois bosselures principales, deux latérales et une médiane. Elle occupe la totalité du ventre qui présente seulement un peu de sonorité dans la région épigastrique.

Le toucher vaginal permet de constater un col normal, mais les culs-de-sac sont libres et on sent mal la tumeur qui, engagée dans le grand bassin est très élevée. Les rapports de l'utérus avec la tumeur sont mal définis. La partie inférieure de la tumeur est assez facile à mobiliser. Je dois dire qu'à cause de cette indépendance relative de l'utérus et de la tumeur, et aussi à cause du développement rapide qu'elle avait pris je pensais à quelque tumeur ovarienne à marche rapide, sans doute un kyste multiloculaire végétant.

Le cathétérisme de l'utérus n'a pas été fait.

Opération. — Le 12 mai 1903.

Dès l'ouverture du ventre, j'aperçois une tumeur évidemment solide, rougeâtre, recouverte sur toute sa face antérieure par l'épiploon étalé, et sillonné d'énormes vaisseaux artériels et veineux qui se perdent dans la tumeur.

Au premier abord la tumeur semble être difficile à extirper ; je vais à la recherche de son pôle inférieur pour voir où elle est implantée.

Elle bascule assez facilement et j'aperçois un long pédicule tordu avec une trompe enroulée en spirale, pédicule dont le point d'implantation n'est pas plus gros que le petit doigt. Il m'est d'ailleurs, à ce moment, assez difficile de voir à cause du sang et du volume de la tumeur, à quel endroit il s'implante exactement. Mais à cause de la torsion de ce pédicule et de l'ovaire, je ne doute pas un instant qu'il ne s'agisse d'une tumeur solide de l'ovaire avec torsion du pédicule.

Je tranche le pédicule d'un coup de ciseaux après l'avoir saisi avec une pince.

La tumeur ne tenant plus au fond du bassin se laisse complètement basculer. Elle ne tient que par le large manteau épiploïque qui lui adhère intimement. L'épiploon est saisi avec 4 ou 5 pinces à longs mors et sectionné.

L'opération ne présente ensuite rien de particulier. Je lie le pédicule qui ne me paraît présenter rien d'extraordinaire. Je lie

l'épiploon dans lequel sont des vaisseaux artériels plus gros que des radiales et je ferme le ventre par deux plans de suture laissant un drain à la partie inférieure.

L'opération a duré vingt minutes. Les suites, je le dis immédiatement, ont été normales, et la malade est aujourd'hui rétablie.

C'est à *l'examen de la pièce* que nous nous sommes aperçus de son intérêt. La tumeur pèse 11 kilog. 100. Elle est parfaitement régulière et présente la forme d'un énorme rein avec un hile très profond. Mais il ne s'agit point d'une tumeur ovarienne et c'est le Dr Paquelin qui avait raison. Il s'agit d'un fibrome de l'utérus.

Dans le hile en effet, sont cachés l'utérus et les annexes qui tiennent à la tumeur par un pédicule épais, implanté sur la corne gauche de l'utérus. Les annexes en sont d'ailleurs altérées. Il y a des lésions de salpingite parenchymateuse et les ovaires sont criblés de kystes.

Mais ce qu'il y a d'intéressant c'est que le pédicule, à peine gros comme le petit doigt, est constitué à son point le plus aminci qui est précisément son point d'implantation sur le fond du bassin, par l'isthme de l'utérus complètement atrophié, et les pédicules vasculaires des deux trompes, les ligaments infundibulo-pelviens attirés peu à peu jusqu'au fond du bassin.

Comme je l'ai dit plus haut, les trompes s'enroulaient autour de l'utérus pour gagner au fond du bassin leur pédicule vasculaire. La torsion qui avait eu lieu de gauche à droite dans le sens des aiguilles d'une montre, me paraît pouvoir être évaluée à un tour de spire environ.

Observation XXIII (Ferrand in th. de Bernard).

Mme X..., 45 ans, mariée, fermière.

Antécédents héréditaires : Père mort d'un néoplasme intestinal ; mère morte de maladie inconnue ; deux sœurs bien portantes ; un frère mort à l'âge de 4 ans, d'une infection inconnue. Rien d'autre à signaler.

Antécédents personnels : Constitution robuste, bonne santé ordinaire. La malade a eu la fièvre typhoïde à 28 ans. A 42 ans, une bronchite qui dura trois semaines. Premières régles à 14 ans. Interruption de 6 mois, puis règles régulières absolument normales jusqu'en janvier 1902. Trois enfants bien portants. Suites de couches normales, sans incidents.

Histoire de la maladie. — En janvier 1902, règles absolument normales. Depuis cette époque, cessation absolue des règles; aucune perte.

En *septembre*, la malade est prise de coliques et de vomissements. Elle ne s'alita qu'un après-midi. Depuis cette époque, la malade ressentit de temps en temps des coliques, mais légères et très fugaces. Dès lors, la malade nous dit qu'elle sentait « comme une grosse boule dans la partie gauche de son ventre ». Par moments cette grosseur semblait disparaître.

En *décembre*, nouvelle crise de coliques très fortes, le médecin donne une purge. Trois jours après, les grandes douleurs disparaissent; il reste une sensation de gêne.

Le 18 *mars*, la malade est prise à nouveau de violentes coliques. Le soir et les jours suivants, elle est saisie, à différentes reprises, de grands frissons; elle a en même temps des sueurs froides. La fièvre est élevée (39° le soir). Anorexie complète. Le ventre est très douloureux du côté gauche. Huit jours après ces phénomènes de début, la douleur s'est généralisée à tout l'abdomen. Elle a atteint une acuité extrême, et d'après la description qu'en fait la malade, c'est bien la « douleur exquise » de la péritonite, exapérée par le seul frôlement des couvertures. Le ballonnement du ventre est à ce moment très marqué. Les traits sont tirés, les yeux caves, très cernés, le nez effilé. La malade a eu plusieurs vomissements verdâtres, porracés. La diarrhée est abondante. Le médecin traitant a cru voir du pus dans les matières. Anurie pendant trois jours, puis débâcle urinaire. Prostration extrême. Amaigrissement rapide. Une petite escharre sacrée à marche rapide traduit la gravité de l'état général. Cette escharre, large comme une pièce de 2 francs, gagne surtout en profondeur.

Traitement suivi alors : Régime lacté. Onctions à l'onguent napolitain sur le ventre pendant huit jours.

Une éruption scarlatiniforme (peut-être d'origine médicamenteuse) très marquée surtout sur le tronc, principalement dans la région abdominale, a suivi ce traitement. Elle a persisté pendant au moins trois semaines.

Au bout de quatre semaines de maladie, un mieux se fait sentir, la douleur se localise de nouveau à gauche. La malade, bien que très affaiblie, est transportée à l'hôpital Sain-Yves où elle arrive le jeudi 19 avril 1903 avec le diagnostic d'appendicite compliquée de péritonite et d'abcès s'étant ouvert dans le rectum.

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital Saint-Yves et les jours suivants (19 avril 1903). — *Symptômes fonctionnels :* Douleur vive

dans tout l'abdomen, plus marquée à gauche et réveillée par le moindre mouvement. Cette douleur s'atténue beaucoup dès le lendemain de l'entrée et les jours suivants.

Pas de troubles de compression. Mictions régulières. Une selle normale. Aucune perte.

Symptômes physiques : Inspection : Le facies, très fatigué, dit l'état de faiblesse dans lequel est la malade.

Sur le corps, on constate l'éruption et l'escharre dont il a été question. Nous n'insisterons pas sur ces points.

L'abdomen paraît un peu ballonné, la fosse iliaque et le flanc gauche étant un peu plus saillants que les mêmes parties à droite.

Palpation : Un peu de défense du côté gauche, le reste de l'abdomen est souple. On constate une tumeur dure, de forme assez irrégulière, limitée par un bord supérieur bien net. Cette tumeur a son grand axe dirigé transversalement. Elle occupe la fosse iliaque et une partie du flanc gauche ainsi que la région hypogastrique. Elle dépasse la ligne médiane de deux travers de doigt environ.

La palpation aidée de la percussion permet de délimiter le bord supérieur de la tumeur : il est légèrement concave, il commence à à gauche, à un travers de doigt en avant et au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, pour atteindre en descendant, suivant une ligne légèrement courbe à concavité supérieure, un point situé à deux travers de doigt de la ligne médiane et à quatre travers de doigts de l'arcade crurale.

Toute cette zone est absolument mate à la percussion. La tumeur est assez mobile. Pas de fluctuation dans cette tumeur qui semble solide et de consistance dure. L'auscultation ne donne aucun renseignement.

Toucher : Le cul-de-sac latéral gauche est effacé, l'utérus est dévié assez fortement à droite. Il est mobile. Quand on le déplace, on sent que ses mouvements se transmettent à la tumeur, et inversement, si on déplace la tumeur, on sent que le col transmet faiblement ce mouvement.

Hystérométrie : Elle donne 9 centimètres.

Symptômes généraux. Etat de faiblesse, grande anorexie. La température se maintient à 38° centigrades (matin et soir) pendant plusieurs jours, puis oscille entre 37° et 38° jusqu'au jour de l'opération.

Diagnostic : Le diagnostic d'appendicite avec lequel la malade est entrée à l'hôpital est éliminé sans peine.

J'ai prévenu que je raconterais comment fut fait ce diagnostic;

on me pardonnera d'abandonner un instant le style médical de l'observation pour prendre celui d'une narration fidèle. A la visite, M le Dr Ferrand me donna la malade du n° 3 à examiner devant lui, et me demanda à quoi j'attribuais les accidents qu'elle avait présentés. Sans hésiter, je répondis que la torsion du pédicule de la tumeur révélée par l'examen physique, me semblait devoir être incriminée. Mon chef de service me demanda alors qu'elle était la nature de cette tumeur, et j'avoue sans honte, car la même erreur a été faite par nombre de chirurgiens, que je portais le diagnostic de kyste de l'ovaire avec pédicule tordu. L'absence de pertes, les descriptions de mes livres, l'ignorance où j'étais de le torsion des fibromes m'obligeaient à cette conclubien que certains symptômes, l'absence de fluctuation et la consission, tance particulière de la tumeur, me parussent contradictoires.

De même l'allongement de la cavité utérine, l'apparence de dépendance entre la tumeur et l'utérus révélée par le toucher combiné au palper, allaient à l'encontre de mon diagnostic. M. le Dr Ferrand me le fit remarquer.

Après avoir dit qu'il acceptait le diagnostic « torsion du pédicule », il examina à nouveau la malade, et, grâce à la sûreté de sensation que peut seule donner au praticien une très grande expérience, M. le Dr Ferrand posa le diagnostic de fibrome utérin pédiculé et tordu.

L'état de la malade semblant s'améliorer depuis son entrée à l'hôpital, l'eschare étant en voie de guérison, on attendit quelques jours avant de l'opérer.

Cependant la fièvre n'est jamais complètement tombée : la veille de l'opération, elle monta encore le soir à 38°2.

Opération le 2 *mai* 1903. — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane, incision de 15 centimètres. On découvre une tumeur volumineuse d'une couleur absolument particulière, brun verdâtre, couleur d'olives de conserves.

On donne à la malade la position de Trendelenburg. Il existe quelques adhérences unissant la partie postérieure de la tumeur à l'intestin ; elles sont rompues prudemment. L'érigne de Doyen est enfoncée dans la tumeur successivement en deux endroits, pour aider à son extirpation. Aucun liquide ne sort du premier trou laissé par cet instrument, il suinte seulement quelques gouttes de sang.

La tumeur est attirée alors à l'extérieur. On constate à ce momemt :

1° Que sa forme est à peu près celle d'un rein, son volume environ de deux têtes de fœtus à terme.

2° Qu'elle présente un long pédicule grêle tordu sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre et présentant sept tours de spire.

3° Que le pédicule détordu a une longueur de 10 centimètres.

4° Qu'il s'insère d'une part au niveau de la partie de la tumeur qui ressemble à un hile, d'autre part, sur l'utérus, au niveau de la corne gauche et la face postérieure.

La tumeur est enlevée avec les précautions convenables. Section du pédicule entre deux pinces au thermo-cautère. On met deux ou trois pointes de feu sur le moignon très court qui a été au préalable lié avec une soie n° 3. Ce moignon est, pour plus de précaution, invaginé (comme un moignon d'appendice iléo-cæcal) dans un replis séreux emprunté aux ligaments larges du côté correspondant.

La plaie abdominale est refermée par un surjet au catgut sur le péritoine. Suture des muscles et des aponévroses; agrafes de Michel sur la peau.

Suites opératoires excellentes. Deux vomissements dus au chloroforme. Le jour de l'opération et le lendemain, il a fallu sonder la malade. Le lundi, mictions normales; le mardi, une selle spontanée.

Etat général très bon; pouls à 80° Facies excellent. La température ne dépasse jamais 37°.

Le lundi, on donne un peu de bouillon à la malade; le jeudi, bouillon et lait.

Le samedi, le premier pansement est fait.

Réunion par première intention.

Guérison parfaite, la malade sort le 25 mai.

Examen de la tumeur. — A. Macroscopique : La tumeur a la couleur brun verdâtre déjà signalée. Elle est irrégulièrement réniforme, une extrémité étant plus volumineuse que l'autre. La petite extrémité qui était du côté gauche de l'abdomen de la malade présente une particularité intéressante : des concrétions blanchâtres, d'apparence calcaire, ne se coupant pas au bistouri.

Le volume de ces concrétions (dont nous aurons à reparler) variait entre celui d'un grain de semoule à celui de deux ou trois grains de riz accolés; leur nombre était environ de douze.

Nous pourrons décrire à cette tumeur deux faces et deux bords. Les deux faces sont lisses, assez régulièrement arrondies.

Le bord supérieur a sa convexité tournée vers le haut, sa courbe

est assez régulière ; elle présente une encoche vers l'extrémité gauche.

Le bord inférieur présente une concavité ouverte vers le bas. A cet endroit, la coloration de la tumeur est blanchâtre, assez analogue à celle de tous les fibromes. Sur ce bord on remarque l'insertion du pédicule (l'insertion, large comme une pièce de 50 centimes, se trouve sur le bord inférieur, un peu à gauche de la partie moyenne du grand axe).

La consistance de la tumeur est par endroit celle d'un fibrome ordinaire, ailleurs un peu plus molle.

Poids de la tumeur : 1 kilog. 120.

Mensurations : Le grand axe de la tumeur mesure 24 centimètres. Le grand axe était transversalement dirigé sur la malade.

Pour les autres mensurations, nous supposerons la tumeur en place.

Diamètre vertical : 14 centimètres.

Diamètre antéro-postérieur : 6 centimètres.

Section de la tumeur suivant un plan vertical perpendiculaire à son grand axe.—Dans la tumeur ainsi sectionnée, on trouve trois zones qui se délimitent très nettement l'une de l'autre par des différences de coloration.

1° La zone périphérique ou corticale, répondant à la part supérieure de la tumeur, est d'une couleur violet foncé. Cette couleur est due aux troubles circulatoires résultant de la torsion. Le tissu de la tumeur a subi une véritable apoplexie. Dans cette zone, on retrouve les particules calcaires déjà signalées, infiltrées dans la tumeur à une profondeur de 1 à 2 centimètres. Enfin on remarque sur chaque surface de section six à huit lacunes, véritables petits lacs sanguins, remplis de caillots noirâtres, ce sont les géodes décrites par Cruvelhier. La section présente à cet endroit l'aspect truffé du poumon semé d'infarctus de l'apoplexie pulmonaire.

2° La zone moyenne est surtout d'aspect musculaire. Au début, le tissu myomateux est noirâtre très foncé, mais au contact de l'air, le sang qu'il contenait s'étant sans doute oxygéné, l'aspect devient celui de la chair musculaire normale. Le tissu myomateux est divisé en îlots qui présentent généralement une forme arrondie, par des travées de tissu fibreux de couleur jaunâtre.

3° La troisième zone répond au bord inférieur concave de la tumeur, nous avons signalé que sa couleur extérieurement était blanchâtre, la section de cette partie donne l'aspect ordinaire des tumeurs fibreuses ; c'est un tissu blanc rosé ferme, qui crie sous

le couteau. En certains points, cette zone pousse des prolongements dans la zone musculaire.

Examen macroscopique du pédicule. — Le pédicule, long de 10 centimètres, semble constitué par une séreuse enveloppant quelques trousseaux dissociés, d'aspect musculaire, au niveau de sa section on voit deux petits vaisseaux. La partie utérine du pédicule est plus grêle, plus effilée que la partie voisine de la tumeur,

Examen histologique de la tumeur (opérée le 2 mai, lit n° 3, salle Saint-Paul). — Coloration des coupes à la thionine et à l'hématéine.

Au faible grossissement, on reconnaît les trois zones décrites macroscopiquement.

1re zone : La couche corticale comprend une capsule incomplète formée par un endothélium, le péritoine, qui a disparu dans les endroits où existaient des adhérences. Puis des faisceaux connectifs ayant une direction généralement parallèle à la surface de la tumeur complètent cette capsule.

Immédiatement au-dessous de la capsule, les faisceaux de tissu conjonctif sont dissociés par les lacs sanguins dont nous avons parlé. On voit des capillaires extrêmement dilatés s'insinuer partout. Ils sont remplis de globules sanguins.

2e zone : Présente des tourbillons de fibres musculaires lisses, constituant des masses dont la section est arrondie. Ces faisceaux musculaires contiennent de nombreux vaisseaux gorgés de sang. Ils sont séparés les uns des autres par des lames de tissu conjonctif.

3e zone : Elle présente l'aspect du fibromyome classique à prédominance fibreuse : fibres musculaires lisses agglomérées en spirales, mais assez rares ; tissu conjonctif très dense, très abondant.

Examen au fort grossissement : Dans les parties de l'endothélium péritonéal restées adhérentes à la tumeur, on trouve quelques figures de karyokinèse.

Dans la zone des infarctus, on voit des fibres musculaires lisses très finement dissociées par un grand nombre d'hématies. Dans certains points, les fibres musculaires se colorent mal, elles sont déformées, tassées ; le noyau, tout petit, occupe le centre de la cellule.

Dans certains points, un réticulum fibrineux abondant couvre la préparation.

Au niveau d'une géode, on constate que les globules sanguins sont fortement altérés. Il en existe fort peu d'intacts : la plupart

sont déformés, morcelés et crénelés. En certains points, on voit des dépôts abondants de pigment. Les parois de certains vaisseaux semblent notablement épaissies (artérioles surtout).

Examen histologique du pédicule. — Comme particularité intéressante, on constate que les veines sont volumineuses, thrombosées, et présentent un caillot adhérent pénétré par des ramifications de l'endothélium vasculaire.

Les artérioles présentent des tuniques épaissies, certaines, de l'endartérite oblitérante.

On trouve des trousseaux dissociés de fibres musculaires lisses.

Le péritoine a son aspect presque normal.

En certains points cependant, les cellules sont tassées en plusieurs couches les unes sur les autres. Les noyaux ne sont plus décelables. Ces particularités sont le résultat de la torsion.

Dans toute la tumeur, pas de filets nerveux apparents.

Observation XXIV (Schwartz et Ferry, 1904).

Volumineux fibrome pédiculé du fond de l'utérus avec torsion du pédicule et de l'utérus.

Il s'agit d'un fibrome enlevé le 3 mai 1904 par M. Schwartz dans son service de l'hôpital Cochin.

C'est une volumineuse tumeur qui occupait la presque totalité de l'abdomen. Son pédicule du volume de trois doigts environ s'insérait sur le fond de l'utérus et était tordu sur lui-même : il avait ainsi effectué un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre.

L'utérus entraîné dans ce mouvement avait fait un demi tour sur son axe de telle façon que les annexes gauches étaient à droite et réciproquement. Le ligament large gauche était tiraillé, aminci et comme étranglé par la torsion utérine.

Il y avait des traces de réaction péritonéale : adhérences molles de l'épiploon à la face antérieure de la tumeur et du côlon iléo-pelvien à gauche.

Rougeur diffuse du péritoine reliquat de péritonite sur la séreuse pariétale, notable quantité de sérosité dans l'abdomen.

Le pédicule a été lié et sectionné, l'utérus redressé et laissé en place.

Une ligature a été placée sur la portion amincie du ligament large qui tendait à se déchirer et l'ovaire gauche enlevé.

La tumeur pèse 3 kil. 300. A la coupe, elle présente l'aspect et la dureté du fibrome et cette particularité que les vaisseaux y sont dilatés et gorgés de sang noir.

L'opérée, la nommée P..., âgée de 49 ans, lit n° 9 de la salle Richet portait, environ depuis sept ans, cette tumeur qui avait augmenté progressivement.

Une fois, au début, elle avait donné lieu à une crise de douleurs avec constipation et dysurie qui avait duré deux mois.

Au mois de *février* 1904, des accidents identiques étaient survenus.

Enfin le 25 *avril* 1904, la malade entrait à Cochin avec des symptômes digestifs marqués (anorexie, langue saburrale), des phénomènes de compression intestinale (constipation) et des signes de réaction péritonéale (douleur, fièvre).

Actuellement elle est en bonne voie de guérison.

Observation XXV (David).

Fibromes multiples de l'utérus; torsion du pédicule d'un fibrome sous-péritonéal. Soc. anatomique. N° 23. Mars 1905.

J'ai l'honneur de vous présenter une tumeur de l'utérus constituée par plusieurs fibromes. L'un de ces fibromes du volume d'une grosse tête d'adulte de forme allongée est rattachée à la partie postéro-supérieure gauche de l'utérus par un pédicule très net et assez long, large d'environ un travers de doigt, et dans l'intérieur duquel on peut voir de volumineux vaisseaux.

Nous avons opéré avec notre maître Souligoux, la malade atteinte de cette tumeur fibreuse pour des accidents aigus de cette torsion, et il nous fut possible de voir avec la plus grande netteté que le fibrome supérieur avait non seulement accompli un mouvement de rotation de 180° sur son pédicule, mais encore subi un mouvement de bascule.

Le pôle gauche de la tumeur était devenu inférieur et se logeait dans le flanc droit.

Le pôle droit devenu supérieur se cachait dans l'hypocondre du même côté.

La face antérieure regardait à droite et en arrière, la face postérieure dans le sens opposé.

Nous ajouterons que nous avons trouvé chez cette femme deux énormes hydrosalpinx, le gauche du volume de trois poings.

Observation XXVI (2e cas de Boursier).

Fibrome utérin sous-séreux pédiculé. Torsion du pédicule; myomectomie, 12 mai 1905. Guérison.

Marie L. C., 54 ans, cultivatrice, est adressée à la clinique gynécologique au début du mois de mai 1905 par son médecin ordinaire, le Dr Brieux (de Guitres), pour la débarrasser d'une tumeur abdominale dont il venait de constater l'existence.

Cette malade, dont l'aspect général est plutôt bon, ne présente rien de très important dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Son père est mort à 72 ans, sa mère à 50 ans, sans qu'elle sache nous dire de quelle maladie. Elle a deux frères bien portants. Elle n'a jamais fait de maladies importantes.

Réglée pour la première fois à 18 ans, elle a toujours eu des règles régulières, peu abondantes durant 2 à 3 jours et s'accompagnant de quelques coliques. Elle a eu à 21 et 24 ans des grossesses normales ayant abouti à des accouchements normaux et à terme sans suites pathologiques. Elle a allaité ses deux enfants. Une troisième grossesse, survenue à 33 ans, s'est terminée par une fausse couche que la malade attribue à la fatigue. A la suite de cet accident, elle est restée au lit pendant deux mois, éprouvant des douleurs assez violentes dans le ventre, et dans les lombes, mais sans jamais avoir eu, dit-elle, ni fièvre, ni vomissements.

Il semble donc que consécutivement à cette fausse couche, Mme C... ait eu une annexite plus ou moins accusée. Depuis, elle a toujours conservé quelques douleurs abdominales habituelles qui, à plusieurs reprises et à des intervalles très irréguliers ont été exagérés sous l'influence de la fatigue, au point de provoquer de véritables crises douloureuses. Elle avait en même temps quelques pertes blanches.

Depuis huit à neuf ans environ, à ces douleurs s'était ajoutée une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et dans les lombes, accusée surtout pendant les efforts de la miction. Mais cependant la leucorrhée n'était pas plus abondante, les règles n'avaient jamais changé de type et les douleurs n'étaient pas assez fortes pour forcer la malade à prendre du repos. Depuis six mois environ les mictions étaient devenues plus fréquentes sans être douloureuses.

La ménopause s'est produite à 46 ans sans incidents; depuis la

malade n'a jamais perdu de sang. Enfin, à aucun moment, la malade ne s'est aperçue qu'elle portait une tumeur abdominale.

Quinze jours environ avant de se présenter à notre examen, c'est-à-dire vers le 25 avril 1905, la malade fut prise brusquement, et sans cause appréciable de coliques très vives et de douleurs lombaires très fortes qui l'obligèrent à se mettre au lit. Habituellement constipée, elle était en ce moment en proie à une véritable crise de constipation. Elle n'avait ni fièvre, ni vomissements. Ces douleurs persistant malgré le repos, elle fit, au bout de quelques jours, appel à son médecin, le Dr Brieux (de Guitres) qui, en l'examinant, découvrit qu'elle portait une tumeur abdominale ignorée jusque-là et lui conseilla de venir à la Clinique gynécologique pour se faire opérer.

A son entrée, à l'Hôpital du Tondu, le 8 *mai* 1905, nous trouvons une malade dont l'aspect général paraît bon, sans aucune fièvre.

A l'examen, le ventre, à parois assez épaisses, est souple ; la palpation en est facile, mais très sensible au niveau de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite. A ce niveau, en effet, on perçoit très facilement une tumeur à peu près médiane, mais beaucoup plus développée à droite de la ligne blanche qu'à gauche, et qui remonte par son bord supérieur jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Elle paraît manifestement solide, dure, arrondie de forme assez régulière, très peu mobile dans tous les sens; sa partie inférieure plonge dans la cavité pelvienne et semble particulièrement profonde Cette tumeur est sensible à la palpation, mais cette sensibilité n'est pas très accusée, et permet un examen très aisé.

Du côté des organes génitaux, nous trouvons la vulve un peu entr'ouverte; le périnée est partiellement déchiré, avec un peu d'abaissement de la paroi vaginale antérieure dans l'effort.

Au toucher on constate que le col utérin petit, très peu saillant dans la cavité vaginale regarde en avant vers la symphyse. Le corps qui lui fait suite est à peu près masqué par la tumeur abdominale décrite plus haut et qui fait une saillie marquée dans les culs-de-sac vaginaux droits et antérieur. Il semble cependant que le corps utérin retrofléchi soit perceptible au niveau du cul-de-sac postérieur.

Quoi qu'il en soit et d'une manière générale, l'utérus se confond avec la tumeur : on constate une transmission intégrale des mouvements de l'utérus à la tumeur et réciproquement, mais ces mouvements sont extrêmement limités.

On ne constate rien de particulier au niveau des annexes.

Au spéculum, le col qui est très petit est difficile à saisir.

L'hystéromètre pénètre à 8 centimètres.

Les autres organes : poumons, cœur, reins paraissent sains. Les urines sont normales comme quantité et ne renferment ni sucre, ni albumine.

Malgré l'absence des signes fonctionnels ordinaires, c'est-à-dire des hémorragies internes ainsi que l'agrandissement notable de la cavité utérine, nous n'hésitons pas à penser que cette tumeur solide et dure qui se confond avec le corps utérin d'une manière à peu près absolue, ne peut être qu'un fibrome interstitiel assez éloigné de la muqueuse. Son peu de mobilité relative nous fait même penser qu'il s'agit d'un fibrome inclus dans le ligament large et que la crise douloureuse que vient de subir la malade peut être le résultat de quelque phénomène de compression.

Aussi nous n'hésitons pas à conseiller à la malade une intervention par la voie haute, qui a lieu le 12 mai 1905.

Opération. — Après avoir pratiqué une laparotomie médiane sous-ombilicale dans la position de Trendelenburg, nous voyons apparaître une masse brunâtre, fixée par de nombreuses adhérences avec toute la partie inférieure du tablier épiploïque, quelques anses intestinales grêles, et des franges épiploïques du gros intestin. Ces adhérences, d'apparence récentes, sont molles et friables et facilement détruites avec le doigt. Elles semblent manifestement être le résultat d'une poussée inflammatoire récente, et la cause de la crise douloureuse qui a fait découvrir la tumeur. Celle-ci assez régulièrement arrondie, est constituée par un fibrome pédiculé sous-séreux implanté par un pédicule étroit sur le fond utérin au voisinage de la corne gauche. Ce pédicule était tordu sur son axe de droite à gauche et la torsion était d'un demi-tour de spire.

La tumeur était noirâtre, uniformément foncée, d'aspect apoplectique.

Après l'avoir dégagée de ses adhérences, nous détordons le pédicule et nous le sectionnons, après l'avoir fortement étreint dans une ligature en chaîne au catgut. L'utérus et les annexes étant sains sont respectés et laissés en place.

Le ventre est refermé par trois étages de suture, les suites opératoires ont été des plus simples et la malade quitte l'hôpital complètement guérie, le 10 juin.

Examen de la pièce. — Le fibrome que nous avons enlevé

forme une masse ovoïde, ayant 10 centimètres de diamètre dans un sens, et 6 centimètres dans l'autre : il pèse 550 grammes. Il est de coloration foncée, noirâtre, ardoisée par places sur sa face antérieure, plutôt rouge sur sa face postérieure. La consistance paraît uniformément dure. Le tumeur semble divisée en deux lobes latéraux par un sillon médian assez profond au niveau duquel s'insère le pédicule. Celui-ci est très grêle, n'a guère plus de 2 centimètres et demi de longueur; il ne paraît pas à la coupe contenir de gros vaisseaux.

L'*examen histologique* pratiqué par le Dr Roche a donné les résultats suivants :

« Tumeur constituée par du fibro-myôme à faisceaux musculaires peu volumineux, coupés les uns en long, les autres en travers et séparés entre eux par une gangue assez abondante de tissu conjonctif. Les fibres musculaires lisses ne semblent pas altérées. Le tissu conjonctif inter-fasciculaire est œdémateux par places, dilacéré, parsemé de foyers d'hémorragies interstitielles. L'un de ces foyers s'étend sous forme d'une large bande à peu de distance de la périphérie de la tumeur.

Les vaisseaux sont de petits calibres, béants, souvent gorgés de sang. La séreuse est épaissie par places et présente, elle aussi, quelques petits foyers d'hémorragie interstitielle ».

II. — Observations de Fibromes sous-séreux à pédicules tordus pendant la grossesse

Observation I (Cappie, résumée d'après la thèse de Macé).

Cappie rapporte l'observation d'un fibrome utérin compliquant une grossesse de 4 mois ; la femme ressentit en même temps qu'elle avait une perte abondantee et de vives douleurs dans le ventre ; puis se déclarèrent tous les signes d'une péritonite grave. On diagnostiqua une grossesse compliquée de tumeur. On provoqua l'avortement. *Après quelques jours de mieux,* les accidents reprirent et la femme succomba.

L'autopsie permit de constater, au bout de trente-six heures, la présence de gaz et de pus dans le péritoine ; on y trouva, en dessous de l'épiploon adhérent, une grosse tumeur située à gauche, d'aspect noirâtre, comme gangrèneuse. *C'était un fibrome sous-péritonéal,* attaché à la corne droite de l'utérus par un *pédicule tordu une fois et demi dans le sens des aiguilles d'une montre ;* le pédicule était de la grosseur du petit doigt, composé de vaisseaux et de péritoine ; la coupe de la tumeur avait une couleur rouge foncé.

Observation II (Maygrier).

(*Bull. de la Soc. d'Obs. de Paris,* 1901).

Torsion d'un fibrome sous-péritonéal à six mois de grossesse. — Accidents graves simulant un appendicite. — Opération, guérison et continuation de grossesse.

Le 21 janvier 1901, j'étais appelé chez Mme P..., primipare, 30 ans, enceinte d'un peu plus de six mois, dont la grossesse évoluait normalement, Elle souffrait depuis la veille d'une douleur localisée au côté droit du ventre, revenant par crises qui augmentaient graduellement d'intensité. Je constatai immédiatement que l'utérus n'était pas en jeu et qu'il ne s'agissait nul-

lement de menaces d'accouchement prématuré. La douleur siégeait dans la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, et était exagérée par la pression. En ce point, je constatai par le palper l'existence d'une tumeur, un peu mobile, occupant une étendue de trois à quatre travers de doigt et paraissant siéger dans le cæcum; toutefois, l'exploration en était trop douloureuse pour permettre d'apprécier nettement ses caractères. La malade accusait une constipation opiniâtre, habituelle d'ailleurs, car elle restait parfois huit jours sans aller à la garde-robe. Son état général était satisfaisant, pas de température. Je me bornai à prescrire une médication calmante, et je lui conseillai, pensant à de la typhlite et à des coliques appendiculaires, de faire venir son médecin habituel.

Le lendemain, 22 janvier, celui-ci constata que la douleur avait persisté et s'était même accrue; quelques vomissements glaireux, puis verdâtres, étaient survenus. Il songea à une appendicite et prescrivit de grands lavages de l'intestin, qui ramenèrent des selles dures, peu abondantes.

Le 23 janvier, au matin, nous vîmes la malade ensemble. La douleur persistait; la tuméfaction était la même dans la fosse iliaque. Le ventre commençait à se ballonner, et les anses intestinales se dessinaient au-dessus de l'utérus. Les vomissements avaient augmenté de fréquence et étaient franchement verts. Bien que le pouls fut resté normal, ainsi que la température, l'état général était inquiétant : facies pâle, traits tirés, langue sèche, anorexie complète, constipation persistante. En présence de ces symptômes de péritonisme et songeant toujours à de l'appendicite, nous eûmes le soir du même jour une consultation avec M. le docteur Bouilly. Son impression fut la même que la nôtre. Le siège de la douleur, la constipation, le ballonnement du ventre et les vomissements semblaient bien caractéristiques. Toutefois, quelques réserves furent faites, en raison de l'absence de fièvre et de la persistance d'une tumeur mobile dans la fosse iliaque Malgré tout, les phénomènes de péritonisme et d'obstruction intestinale, et la gravité que comporte le pronostic d'une appendicite possible chez une femme enceinte commandaient une intervention

Elle eut lieu le lendemain, 24 janvier. Une incision, pratiquée au-dessus de l'arcade crurale droite et parallèlement à elle, mit à découvert le péritoine épaissi et soulevé par une tumeur libre de toute adhérence. Dès que la séreuse fut incisée, cette tumeur vint faire saillie dans la plaie. C'était un fibrome sous-péritonéal, du volume d'une orange un peu aplatie, et dont le pédicule était tordu

sur lui-même. La tumeur était d'un rouge livide, très vascularisée à sa surface. L'ablation en fut faite et le ventre refermé.

Les suites de ces opérations furent très simples. Les phénomènes graves des jours précédents disparurent comme par enchantement. Des garde-robes abondantes furent facilement obtenues à l'aide de lavements. Il n'y eut pas la moindre contraction utérine douloureuse et les battements du cœur fœtal ne furent en rien modifiés.

Au bout d'un mois, l'opérée, étant sur pied, fut prise accidentellement, à la suite d'une indigestion, de coliques utérines, et toutes mes tentatives pour empêcher un accouchement prématuré (repos, laudanum, morphine) restèrent infructueuses Elle mit au monde un petit garçon de 7 mois et demi environ, pesant 1.780 grammes, très vivace, qui fut mis en couveuse et qui semble devoir bien s'élever (1).

En recherchant dans la littérature médicale des faits analogues à celui dont je viens de vous entretenir, je n'ai trouvé que la mention suivante, dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Jarca, sur l'appendicite pendant la grossesse (1894) : « Dans quelques cas de grossesse compliquée de kyste de l'ovaire ou de fibrome sous-péritonéal, la torsion du pédicule pourrait donner naissance à des symptômes faisant croire à une appendicite. » Mais je n'ai pu rencontrer aucune observation de ce genre relativement à la torsion d'un fibrome.

Ce fait m'a paru intéressant à relater, à cause de sa rareté et aussi comme un exemple des difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel de la torsion du pédicule de certaines tumeurs abdominales avec l'appendicite.

Le fibrome avait un pédicule très court. Il était presque sessile et siégeait sur le bord droit du corps de l'utérus.

Observation III (Routier).

Mme X..., âgée de 26 ans, primipare, est prise de douleurs abdominales subitement le 25 juillet 1901. Ces douleurs reparaissent à plusieurs reprises, et le 31 le Dr Améro m'appelle auprès

(1) M. le docteur Ch. Maygrier, à qui nous avons demandé quelques renseignements complémentaires sur cette observation, a bien voulu nous donner les détails suivants : 1° la torsion du fibrome s'était faite daus le sens des aiguilles d'une montre; 2° l'enfant vit actuellement. (Note de Lepage et Mouchotte in *Annales de gynécologie*).

de sa malade. Celle-ci est enceinte depuis le 15 janvier environ. Le ventre est manifestement bilobé, soulevé par deux tumeurs distinctes, l'une à droite, l'autre à gauche. A gauche, tumeur fluctuante, indolente, durcissant, se contractant sous la main qui explore. On perçoit les mouvements actifs du fœtus, ainsi que les bruits du cœur. Col mou, immobile à droite, tumeur aussi grosse, ronde, douloureuse. On peut à peine la palper. Tout ce qu'on peut dire, c'est que c'est une tumeur distincte de l'utérus gravide qui est à gauche. Je pense à un kyste tordu et conseille l'intervention.

Opération le 1er août. La tumeur est un fibrome tordu sur son pédicule. Il a 6 cent. dans un sens, 2 dans l'autre. Il est implanté sur le segment supérieur droit de l'utérus et se cache sous le foie.

Le fibrome est détordu de trois quarts de spire et le pédicule saisi avec deux clamps. Le pédicule était tordu dans le sens des aiguilles d'une montre.

Surjet au catgut sur la tranche du pédicule. Il saigne beaucoup. Un. sinus utérin a dû être perforé en un point. Il faut faire des sutures supplémentaires pour assurer l'hémostase. Suture de la paroi aux crins de Florence.

Le fibrome pèse 3.350 grammes.

Les suites furent simples. Mais le 5, la femme se sent moins bien, se plaint de coliques. T., 37°,2. P., 92. Le 6, même état. T. 37°,1. P., 108.

Le 7, elle meurt en demandant à aller sur le bassin, quelques heures après avoir expulsé un fœtus vivant, mort depuis.

L'autopsie n'a pu être faite.

Observation IV (Ribemont-Dessaignes et Grosse).

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie, 14 mars 1904).

Fibrome pédiculé de l'utérus gravide. — Grossesse de 4 mois. — Symptômes de torsion du pédicule. — Ablation du fibrome et conservation de l'utérus. — Continuation de la grossesse jusqu'à terme.

Mme A. L..., âgée de 32 ans, entre le 3 juin 1903 à la Maternité de Beaujon, dans le service de M. Ribemont-Dessaignes.

Aucun antécédent héréditaire ou pathologique notable.

La malade a été atteinte de diphtérie, puis d'érysipèle de la face en 1889. En dehors de ces deux affections, elle n'a jamais été malade. Réglée à 13 ans, les règles ont toujours été régulières, jamais de pertes blanches, jamais de fausse couche.

Mariée depuis sept mois, elle est enceinte pour la première fois; les dernières règles ont eu lieu du 24 au 26 janvier.

Depuis le début de sa grossesse, cette femme, bien qu'ayant une santé satisfaisante, vomit tous les matins un liquide verdâtre, bilieux, assez abondant. Elle a remarqué que son ventre grossissait beaucoup depuis quelques semaines.

Le lundi 1er juin, dans la matinée, la malade, qui jamais n'a ssuffert du ventre antérieurement, est prise brusquement d'une violente douleur abdominale qui l'oblige à s'aliter. Les douleurs persistent toute la journée et toute la nuit.

Le mardi 2 juin, elle fait appeler un médecin, qui ordonne des cataplasmes et le régime lacté.

Le mercredi, constatant qu'il n'y a aucune amélioration, le médecin traitant conseille à la malade de se faire transporter à la Maternité de Beaujon, où elle entre à 5 heures du soir.

Nous l'examinons immédiatement. Par le palper abdominal nous constatons l'existence d'un utérus gravide de 4 mois, remontant à l'ombilic et refoulé à droite par une tumeur accupant toute la partie gauche de l'abdomen. Cette tumeur, très dure, fait saillie dans la fosse iliaque gauche, où elle se dessine sous la paroi abdomiinale. Son extrémité supérieure atteint le fond de l'utérus. Cette tumeur est accolée à l'utérus, mais nettement distincte de lui. A son niveau le palper le plus léger est extrêmement douloureux et provoque des mouvements de défense de la paroi abdominale, tandis qu'au niveau de l'utérus, à droite, il est peu sensible et facile à pratique.

Le toucher combiné au palper montre un col utérin conique, ramolli. Les culs-de-sac vaginaux sont libres, et le doigt n'atteint pas l'extrémité inférieure de la tumeur très élevée dans l'abdomen.

Auscultation utérine négative.

La malade n'a pas perdu de sang et n'a pas expulsé de débris membraneux.

Pas de vomissents. L'état général est bon. Pouls un peu rapide à 115, mais bien frappé. Température, 37°4. Langue humide.

Diagnostic : Grossesse de 4 mois compliquée de kyste de l'ovaire ou de fibrome utérin à pédicule tordu.

Traitement. — Glace sur le ventre, morphine.

Jeudi 4 juin: Pouls à 112. Temp. 37°,2. Douleurs toujours très vives au niveau de la tumeur.

En présence des symptômes de torsion du pédicule que présente la tumeur, M. Ribemont-Dessaignes décide d'intervenir immédiatement.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un fibrome pédiculé de l'utérus, implanté sur la partie postéro-latérale gauche de l'utérus, un peu au-dessus et en arrière de la trompe. L'utérus est refoulé à droite, en même temps qu'il a subi un mouvement de torsion exagéré qui porte vers la droite sa face antérieure. La tumeur, d'aspect réniforme, appuie sur l'utérus par ses deux extrémités ; du hile de la tumeur part un pédicule court qui s'implante sur l'utérus. Ce pédicule ne présente qu'un très léger mouvement de torsion, mais il est fortement étiré, ce qui explique les symptômes d'étranglement observés. A la surface de la tumeur on voit de nombreuses arborisations vasculaires, partant toutes du pédicule de la tumeur en divergeant en éventail sur sa face antérieure.

Le pédicule du fibrome du diamètre d'une pièce de deux francs, est sectionné au bistouri. Le tissu utérin saigne assez abondamment en nappe. L'hémostase est faite à l'aide du thermo-cautère, puis par un capitonnage au catgut de la plaie utérine dont les deux bords sont rapprochés de façon à accoler leur surface péritonéale.

Fermeture du ventre sans drainage.

Examen de la pièce. — Le fibrome, du poids de 510 grammes, est réniforme, dur. A la coupe, le tissu de la tumeur est pâle, anémié. Au niveau d'une de ses extrémités, il présente une zone ramollie, de couleur foncée, offrant l'aspect et la consistance d'un tissu en voie de nécrose.

Suites opératoires très simples. La malade fut soumise à l'action de la morphine pendant trois jours. Il n'y eut aucune menace d'avortement. Elle se leva le vingt-unième jour et quitta la Maternité le 7 juillet.

Le jour de son départ, on constate que l'utérus a augmenté de volume depuis l'opération ; il dépasse l'ombilic de un à deux travers de doigt et mesure 18 centimètres au-dessus du pubis. Par l'auscultation, on n'arrive pas à entendre les bruits du cœur fœtal, mais on perçoit très nettement les mouvements actifs. La femme de son côté déclare qu'elle sent très bien remuer son enfant.

La femme a été revue plusieurs fois à la consultation depuis sa sortie de la Maternité. La grossesse a évolué normalement sans aucun trouble, et l'accouchement a eu lieu le 7 novembre de la façon la plus simple. Présentation du sommet en O. I. G. A. La femme est entrée à la salle de travail à 8 h. 3/4 du soir, avec une dilatation de 50 centimes. Les contractions ont été régulières et très énergiques ; à 1 h. 12 du matin, la dilatation était complète et à

2 h. 20 la femme accouchait d'une fille vivante pesant 3.150 grammes. La délivrance eut lieu sans aucune difficulté, et actuellement cette femme est dans un état aussi satisfaisant que possible.

Observation V (David-Peyrot).

Semaine gynécologique, 6 mars 1906.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, qui entre à l'hôpital Lariboisière, salle Denonvilliers, le 25 janvier 1905, parce qu'elle souffre du ventre depuis déjà plusieurs jours.

Rien n'est à retenir dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort cardiaque, sa mère vit encore et parait jouir d'une bonne santé.

Ses règles sont apparues à l'âge de 11 ans, elles ont toujours été régulières, peu abondantes et légèrement douloureuses.

Elle devient grosse pour la première fois en octobre 1904, les dernières règles ayant eu lieu du 17 au 20 octobre. Dix jours avant son entrée à l'hôpital, le 16 janvier 1905, en rentrant, le soir à 6 heures, du bureau de poste où elle est employée, elle est prise brusquement de douleurs vives, presque continues, siégeant dans la fosse iliaque du côté droit et s'irradiant à tout l'abdomen. La nuit est très mauvaise. Les douleurs sont si violentes, si déchirantes, qu'elles obligent la malade à se tenir assise sur son lit, courbée en deux, le tronc fléchi sur les cuisses. Pas de vomissements.

Le 17, dans le courant de la journée, les phénomènes douloureux s'amendent si bien que le 18 au matin la malade peut se rendre à son travail, marchant il est vrai difficilement et souffrant toujours un peu.

Le 19, même état ; même état encore le 20 et le 21. Mais le 22, les douleurs reprennent de plus belle et sont d'une telle insité que la malade ne peut pas se lever. Toujours pas de vomissements.

Un médecin est appelé, examine la jeune femme, porte le diagnostic de grossesse extra-utérine et ordonne le repos absolu au lit avec vessie de glace sur le ventre. Malgré ce traitement, la malade continue à souffrir sans répit et c'est toujours très nettement à droite, au niveau de la fosse iliaque et de la région sous-ombilicale, que la douleur est le plus accentué, de là elle s'irradie en tous sens; cet état persiste deux jours, les 23 et 24 janvier.

Enfin le 25, souffrant toujours, ne constatant aucune amélioration dans son état, la malade demande elle-même qu'on la transporte à l'hôpital.

Elle entre donc le 25 au soir à Lariboisière, salle Denonvillers, lit n° 37. Le lendemain, 26 janvier, nous procédons à son examen.

Examen. — Nous constatons d'une façon très manifeste une voussure au niveau de la fosse iliaque. Le ventre est tendu et douloureux, la paroi se défend énergiquement et nous empêche d'apprécier d'une façon très exacte les limites de la tuméfaction. La palpation et la percussion exaspèrent la douleur et excitent la contraction musculaire et ce n'est qu'avec peine et difficulté que nous pouvons procéder à l'examen de ce ventre qui se défend.

Nous arrivons cependant, par le toucher vaginal et le palper combinés, à délimiter l'utérus, qui est gros comme un utérus de trois mois et dépasse le pubis de cinq à six travers de doigt, et à percevoir une tumeur paraissant indépendante de cet organe et située à sa droite. Le pôle supérieur de cette tumeur dépasse en haut l'ombilic et atteint en dedans la ligne médiane. Elle paraît arrondie et ne semble pas présenter la consistance particulière des fibromes.

L'état général n'est pas mauvais.

La température est peu élevée : 37.8, le soir ; 37.2 le matin.

Le pouls bat à 100.

La langue est humide.

Diagnostic. — On pense à une grossesse ectopique, et la possibilité d'une appendicite est même discutée. Mais notre maître, le Dr Peyrot, à qui nous présentons la malade s'arrête au diagnostic de kyste ovarique avec pédicule tordu au cours d'une grossesse, et conseille l'intervention.

Opération. — Le lendemain, 27 janvier, avec M. Souligoux, nous pratiquons la laparotomie. Incision abdominale sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, nous constatons une certaine quantité de sang épanché, provenant de la rupture de quelques adhérences au cours des examens répétés subis par la malade depuis son entrée et nous tombons sur une tumeur fibreuse arrondie, du volume de trois poings environ, présentant quelques adhérences intestinales et épiploïques lâches et s'insérant sur la corne utérine du côté droit, au-dessus et en avant de la trompe. Le pédicule, de la grosseur du petit doigt, est très court ; il mesure à peine 2 centimètres de haut. Il est tordu sur lui-même d'un tour presque complet dans le sens des aiguilles d'une montre. La tumeur est franchement fluctuante, nous avons affaire à un fibrome ramolli, œdémateux, du fait de sa torsion. Entre une pince et une ligature au catgut, le pédicule est sectionné au thermocautère et on referme le ventre sans enfouir le petit moignon et sans drainer.

Injections de morphine, lavements laudanisés.

Suites opératoires. — Elles furent des plus simples. Le 10e jour après l'intervention, les fils étaient enlevés et trois semaines plus tard notre opérée quittait l'hôpital en excellent état. Nous l'avons revue un mois et demi après sa sortie du service, elle avait repris ses occupations et sa grossesse continuait à évoluer d'une façon normale.

Depuis nous ne savons ce qu'elle est devenue, et nous ne possédons aucun renseignement ni sur les derniers mois de sa grossesse ni sur son accouchement.

Observation VI (Lepage et Mouchotte).

Mme X..., 28 ans, devient grosse pour la première fois en décembre 1904, les dernières règles ayant eu lieu du 2 au 6 décembre, Mme X... est mariée depuis trois ans et s'expose dès cette époque à la fécondation.

Les règles sont apparues à l'âge de 14 ans ; elles ont toujours été régulières, non douloureuses, d'une durée de quatre jours. Elles se sont modifiées quelques mois avant la grossesse : leur abondance était plus grande et elles étaient accompagnées de quelques caillots.

Au début de *février* 1905, au 2e mois de la grossesse et à l'époque correspondant à la menstruation, des douleurs vives, intermittentes, généralisées à tout le ventre, ayant le caractère de coliques, se manifestèrent subitement sans autre symptôme concomitant. A la consultation de l'hôpital Cochin, où se rendit la malade, on ordonna des lavements laudanisés. Les douleurs disparurent et en dehors des vomissements, qui du reste dataient du commencement de la grossesse, rien d'anormal ne se passa jusqu'au début de mars.

Au début de mars, également à l'époque correspondant à la menstruation, apparurent quelques petites douleurs abdominales, beaucoup moins intenses qu'en février ; mais par contre la malade eut un étourdissement ; il s'en fallut de peu, dit-elle, qu'elle n'eût une véritable syncope. Vers le milieu du mois, elle remarqua que son ventre était soulevé du côté droit par une bosse arrondie, qui s'accrut sensiblement.

Le 3 *avril*, au retour d'une courte promenade, elle éprouva de nouveau une douleur abdominale intense ; elle dut s'aliter. Cette fois la douleur était nettement localisée à droite, au niveau de la fosse iliaque et de la région sous-ombilicale, douleur toujours in-

termittente, accrue par la pression et le mouvement, atténuée par l'immobilité de la nuit. Par moment elle s'exaspérait et s'accompagnait alors d'une hyperesthésie cutanée qui rendait insupportable même le contact des draps. Puis les phénomènes douloureux s'amendèrent et la malade se leva.

Mais le 14 *avril*, vers 7 heures du matin, quelques minutes après le lever, la douleur subite reparut au niveau de l'ombilic, au niveau de la « bosse » abdominale ; elle fut si violente que la femme poussa un cri et s'affaissa sur une chaise. On coucha la malade de suite. La douleur persista cinq heures sans arrêt. La malade lui attribuait ces caractères : « tantôt en coups d'aiguille, tantôt déchirante, donnant la sensation d'arrachement des entrailles ». Le docteur Viardot prescrivit des lavements laudanisés et le repos absolu. A midi la douleur cessa et le calme se prolongea pendant 24 heures.

Le 15 *avril*, vers midi, alors que la malade était au lit, une nouvelle crise douloureuse se produisit, encore plus violente que la précédente. Les douleurs se répètèrent tout l'après-midi, séparées par de courtes et rares périodes de répit.

Examen. — Le Dr Mouchotte, appelé, vit la malade le soir à 11 heures. Il fit, avec le Dr Viardot, les constatations suivantes ;

Le ventre est tendu, douloureux ; la paroi abdominale se défend à droite. La palpation est extrêmement pénible pour la malade. Malgré les difficultés du palper, on peut délimiter à droite de l'utérus gravide (dont le fond est voisin de la ligne ombilicale) une *tumeur arrondie dure et tendue*. Cette tumeur, qui occupe une partie du flanc droit, fait corps avec l'utérus : elle paraît s'insérer sur son bord droit et sur la corne droite.

La douleur excessive que réveille la palpation et l'indocilité de la malade empêchent de faire un examen plus approfondi. Les docteurs Mouchotte et Viardot pensent être en présence d'une torsion de tumeur (kyste ovarique ou fibrome) ou peut-être d'une malformation utérine, une corne très développée renfermant un produit de conception, malformation à évolution assimilable à celle d'une grossesse ectopique. Le toucher ne révèle rien d'anormal. La température n'est pas élevée, mais le pouls bat à 120. Le docteur Mouchotte conseille de pratiquer, dès le lendemain matin, une laparotomie et de se comporter suivant les circonstances.

Une demi-heure après cet examen, les douleurs cessent complètement. La malade repose. Le lendemain, 16 avril, la difficulté de trouver une ambulance et la persistance de l'*accalmie* font différer l'opération par l'entourage.

Le 17 *avril*, à 11 heures du matin, la malade est amenée à l'hôpital de la Pitié, dans le service du docteur Lepage. Elle n'a pas souffert depuis le 15 avril au soir.

A l'arrivée, M. Lepage constate ce qui suit :

Le ventre est assez tendu, un peu volumineux et irrégulier. Du côté droit, au niveau et au-dessous de l'ombilic, la paroi abdominale est soulevée en une saillie arrondie. Au palper, on délimite, sur la ligne médiane et à gauche, l'utérus gravide dont le fond remonte à 15 centimètres au-dessus de la symphyse ; à la droite de l'utérus, correspondant à la saillie addominale, une tumeur arrondie, lisse, régulière, *très dure*, remontant jusqu'aux fausses côtes, dont la partie la plus élevée est distante de 21 centimètres de la symphyse. Cette tumeur, séparée en haut, du fond utérin, par un sillon, fait plus bas corps avec l'utérus et se déplace avec lui, quoique d'une façon fort limitée. Elle se meut sous la paroi abdominale ; elle semble avoir le volume d'un poing moyen. La palpation superficielle n'est pas douloureuse, mais la pression réveille la souffrance ainsi que les tentatives de mobilisation. Le toucher est pénible à la malade ; le cul-de-sac est dur et tendu ; on ne peut apprécier les rapports de la tumeur avec lui, par suite de l'indocilité de la femme. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal, mais on perçoit nettement avec le stéthoscope les mouvements actifs du fœtus.

Diagnostic. — En pratiquant le palper, M. Lepage sent la tumeur se contracter en même temps que l'utérus. Il porte le diagnostic de fibrome utérin vraisemblablement tordu.

La température est normale ; le pouls est à 88.

Le 18, l'accalmie persiste. La malade est préparée pour l'intervention.

Opération. — Le 19, M. Mouchotte pratique la laparotomie, avec l'aide de M. Lepage. Incision abdominale médiane, dont les deux tiers supérieurs sont sus-ombilicaux et le tiers inférieur sous-ombilical. On arrive sur une tumeur fibreuse arrondie, insérée sur la corne droite de l'utérus. Cette tumeur est extériorisée. Elle est légèrement pédiculée. Le pédicule est très large. Il est inséré sur le fond utérin, la corne droite et la partie la plus externe de la face antérieure de l'utérus, immédiatement en avant du ligament large correspondant; il est tordu d'un demi-tour d'arrière en avant, dans le sens des aiguilles d'une montre. La tumeur, qui remonte sous les fausses côtes, a entraîné, dans son mouvement de torsion, l'utérus, dont le bord droit est légèrement antérieur. Sur le fond de la tumeur adhère une grosse bride

épiploïque, congestionnée, large comme deux doigts. Cette bride est sectionnée après ligature au catgut. Une collerette péritonéo-musculaire est taillée au bistouri, à la base de la tumeur et à la partie supérieure du pédicule ; le plan de clivage est cherché et trouvé ; la tumeur est décortiquée et énucléée. La cupule pédiculaire, qui reste après énucléation, est suturée par un surjet au catgut. Il ne s'écoule que relativement peu de sang. Des points séparés au catgut achèvent l'affrontement et l'hémostase. Un petit fibrome du volume d'une noisette, inséré en plein parenchyme utérin, au voisinage du pédicule, est enlevé. L'ablation donne lieu à un saignement assez abondant qui s'arrête après suture. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage. Pansement aseptique.

Pendant toute l'opération on a évité d'imprimer des mouvements à l'utérus. Sitôt l'opération terminée, on fait une injection de 1 centigramme de morphine.

A 1 h. 30 du soir et à 7 heures, injection de morphine, 400 grammes de sérum. T. 36°,9. P. 90.

A 11 heures du soir apparaissent quelques coliques douloureuses. Nouvelle injection de un demi-centigramme de morphine. L'opéré dort.

20 *avril.* — T. 36°,9. P. 92 à 108. Dans la matinée, la femme a quelques douleurs utérines se répétant de quart d'heure en quart d'heure. Injection de 1 centigramme de morphine. Soir : T. 37°,2. P. 104.

21. — T. 36°,9. P. 96. Les jours suivants, la température demeure normale.

Les 22, 23 et 24 le pouls oscille entre 92 et 100. Il est normal à partir de 25.

26. — Ablation des crins profonds.

28. — Ablation des fils superficiels.

La femme quitte le service en bon état.

Suites obstétricales. — La grossesse continua à évoluer sans aucun incident. L'accouchement eut lieu, à terme, le 20 septembre dernier. Voici la note que nous communique à ce propos le docteur Meurisse, qui assista la femme au moment du travail : O. I. G. A. Durée du travail, environ vingt heures. Rupture artificielle de la poche des eaux. La tête demeurant au détroit inférieur depuis deux heures sans progresser, application de forceps. Délivrance naturelle. Pas d'hémorragie. Poids de l'enfant : 3.000 grammes. Suites de couches normales.

DEUXIÈME PARTIE

TABLEAUX SYNTHÉTIQUES

TABLEAU I. — Observations de Torsion de fibromes utérins pédiculés sous-séreux en dehors de la grossesse.

N° DE l'observation	DATE DE l'observation	AUTEUR	AGE DE LA FEMME	DIAGNOSTIC DE PROBABILITÉ QUI FUT PORTÉ	OPÉRATION	PÉDICULE	RÉSULTATS opératoires
I	1867	**Vercoutre**	?	?	Pas d'opération Autopsie.	Long de 3 centim., très aminci, très dur et très épais. Très aminci. Torsion d'un tour. Sens de la torsion : *aiguilles d'une montre.*	»
II	1873	**Kœberlé**	30	?	?	Implanté au fond de l'utérus à gauche. Torsion *de gauche à droite.*	?
III	1886	**Van Iterson**	40	?	?	Torsion d'un tour et demi. Sens de la torsion : *aiguille d'une montre.*	?
IV	1888	**Fristsch**	46	Kyste de l'ovaire.	Laparotomie. Myomectomie.	Pédicule tordu deux fois sur lui-même. Sens de la torsion : *aiguille d'une montre.*	Guérison
V	1891	**Friedel Pick**	56	Kyste ovarique.	Pas d'opération Autopsie.	Le pédicule constitué par l'utérus élongé est tordu deux fois sur lui-même. Sens de la torsion : de gauche à droite, c'est à dire dans le *sens des aiguilles d'une montre.*	»
VI	7 nov. 1891	**Imbert** et **Tédenat**	40	Tumeur libre non adhérente.	Myomectomie.	Pédicule large de plusieurs cent., constitué par l'utérus lui-même élongé. Torsion de 90°, dans le *sens des aiguilles d'une montre.*	Guérison
VII	1891	**Timmers**	62	?	?	Pédicule long de 4 c. 1/2, tordu en spirale et attaché au fond de l'utérus.	?
VIII	1893	**Günther**	27	Tumeur maligne avec ascite.	Myomectomie.	Pédicule de la grosseur du petit doigt. Inséré sur la corne droite de l'utérus. Tordu sur lui-même dans le *sens des aiguilles d'une montre.*	Guérison
IX	21 janv. 93	**Heurteaux** (de Nantes)	48	Kyste de l'ovaire gauche à pédicule tordu.	Myomectomie.	Pédicule gros comme l'index. Inséré sur la corne gauche de l'utérus. Long de 5 à 6 c. Torsion : un tour complet. Sens de la torsion : *de gauche à droite.*	Guérison

N° DE l'observation	DATE DE l'observation	AUTEUR	AGE DE LA FEMME	DIAGNOSTIC DE PROBABILITÉ QUI FUT PORTÉ	OPÉRATION	PÉDICULE	RÉSULTATS opératoires
X	1894	**Rud. v. Holst**	31	Torsion du pédicule d'une tumeur ovarique solide, ou pauciloculaire.	Myomectomie. Ventro-fixation.	Large base d'implantation sur le fond de l'utérus. Déplacement de la tumeur et des annexes de 120° dans le *sens des aiguilles d'une montre.*	Guérison
XI	4 mai 1896	**Bouisson-Walther.**	50	Kyste dermoïde de l'ovaire droit à pédicule tordu.	Myomectomie.	Pédicule de la grosseur de l'index long de 3 c. 1/2 environ. Torsion : un tour complet. Sens de la torsion : *aiguille d'une montre.*	Guérison opératoire
XII	16 juin 96	**Schwartz-Mermet.**	46	Tumeur douloureuse accompagnée de phénomènes de compression.	Myomectomie et castration tubo-ovarienne.	Pédicule long de 2 c. et du volume du petit doigt. Inséré sur le fond de l'utérus au voisinage du fond et de la corne utérine gauche. Torsion : 3/4 de tour. Sens de la torsion : *aiguille d'une montre.*	Guérison
XIII	7 déc. 96.	**Delaunay Pilliet**	44	Appendicite, puis fibrome utérin avec des réserves pour le diagnostic de gros pyosalpinx.	Myomectomie.	Pédicule long d'environ 1 c. 1/2, implanté un peu au-dessous et en avant de la trompe. Torsion : 3/4 de tour dans le *sens des aiguilles d'une montre.*	Guérison
XIV	26 janv. 97	**Demantké**	38	Tumeur molle et élastique à à gauche (?).	Hystérectomie sub-totale.	Torsion du fibrome de gauche à droite. Sens de la torsion de gauche à droite, c. à. d. *sens des aiguilles d'une montre.*	Guérison
XV	1897	**Péan**	»	Fibrome utérin.	Hystérectomie totale.	Fibrome à pédicule tordu, inséré sur le fond de l'utérus. Sens de la torsion : *aiguilles d'une montre.*	Guérison
XVI	24 oct. 98	**Maurice Guillot-Walther**	42	Fibrome utérin.	Myomectomie.	Pédicule, court et mince inséré sur le fond de l'utérus. Sens de la torsion : *aiguilles d'une montre.*	Guérison
XVII	1898	**Ersilio Ferroni**	40	Fibromes multiples sous-séreux.	Myomectomie.	Pédicule grêle inséré au niveau de la corne gauche. Torsion de 180°. Sens de la torsion : *aiguilles d'une montre.*	Guérison
XVIII	1898	**Ersilio Ferroni**	45	Fibromes multiples de l'utérus, avec probablement développement intra-ligamenteux de l'un	Hystérectomie supra-vaginale.	Pédicule long de 1 c. Torsion de 180°. Sens de la torsion : de gauche à droite, d'avant en arrière, c. à d. *sens des aiguilles d'une*	Guérison

N° DE l'observat	DATE D l'observat	AUTEUR	AGE DE LA FI	DIAGNOSTIC DE PROBABILITE QUI FUT PORTÉ	OPÉRATION	PÉDICULE	RÉSULTA opératoire
XIX	4 mars 1900	**Schwartz**	48	Fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu.	Hystérectomie.	Pédicule de l'épaisseur d'un gros crayon, long de 1 c., inséré sur l'angle droit de l'utérus. Torsion : un tour et demi. Sens de la torsion : *aiguilles d'une montre.*	Guérison
XX	13 fév. 1901	**Christopher Martin**	40	Fibrome pédiculé sous-séreux tordu.	?	Pédicule long de 3 pouces (c. à d. 0,075 millim.) Torsion : 3 tours de spires. Sens de la torsion : *aiguilles d'une montre.*	Guérison
XXI	4 déc. 1901	**Boursier**	30	Kyste dermoïde enflammé et adhérent à l'utérus, ou bien encore fibrome utérin.	Myomectomie.	Pédicule de 2 c. environ reliant la tumeur au fond de l'utérus. Tordu une fois sur lui-même.	Guérison
XXII	13 mai 1903	**J.-L. Faure**	39	Kyste de l'ovaire ou fibrome.	Hystérectomie.	Pédicule gros comme le petit doigt. Implanté sur le fond de l'utérus. Torsion : un tour de spire. Dans le *sens des aiguilles d'uue montre.*	Guérison
XXIII	mai 1903	**Bernard-Ferrand**	45	Fibrome tordu.	Myomectomie.	Long pédicule grêle de 10 c. de long une fois détordu. Inséré au niveau de la corne gauche et de la face postérieure de l'utérus. Torsion : 7 tours de spire. Sens de la torsion : *aiguilles d'une montre.*	Guérison
XXIV	3 mai 1904	**Schwartz-Ferry**	49	Fibrome.	Myomectomie.	Le pédicule du volume de trois doigts. Inséré sur le fond de l'utérus. Torsion : un tour et demi. Sens de la torsion : *aiguilles d'une montre.*	Guérison
XXV	13 mars 1905	**David**	»	Phénomènes péritonéaux.	Hystérectomie.	Pédicule large d'un travers de doigt ayant subi une torsion de 180°. Inséré sur la partie postérieure de l'utérus. Sens de la torsion : *aiguilles d'une montre.*	Guérison
XXVI	12 mai 1905	**Boursier**	54	Fibrome interstitiel inclu dans le ligament large.	Myomectomie.	Pédicule étroit, inséré sur le fond de l'utérus au voisinage de la corne gauche. Degré de torsion : un demi tour de spire.	?

TABLEAU II. — Observations de Fibromes utérins

N° DE L'OBSERVATION	DATE DE L'OBSERVATION	AUTEUR	AGE	PARITE	AGE DE LA GROSSESSE lors de l'apparition DES ACCIDENTS	DIAGNOSTIC DE PROBABILITÉ QUI FUT PORTÉ	OPÉRATION
I	1874-75	**Cappie** *Edimb. Méd. journ.*	?	?	4e mois	Grossesse et tumeur avec péritonite.	Pas d'intervention chirurgic On provoque l'avortement femme meurt quelques j après. Autopsie.
II	1901 4 janvier	**Maygrier**	30	I	Cours du 7e mois	Appendicite.	Le 3e jour. Fibrome du volume d'une ora Myomectomie par le Dr **Boui**
III	1901 4 août	**Routier**	26	I	6e mois	Kyte de l'ovaire tordu.	Le 6e jour. Le fibrome pèse 3,350 grami Myomectom. par le Dr **Rout**
IV	1903 4 juin	**Ribemont - Dessaignes** et **Grosse**	32	I	4e mois	Kyste de l'ovaire tordu ou fibrome tordu.	Le 4e jour. Fibrome de 510 grammes. Myomectomie par le Dr **Ri mont-Dessaignes.**
V	1905 27 janv.	**David**	26	I	3e mois	Kyste ovarique à pédicule tordu	Le 10e jour. Fibrome de la grosseur de poings. Myomectomie par le Dr **So goux.**
VI	1905 17 avril	**Lepage** et **Mouchotte**	28	I	Au cours des 2e 3e et 4e mois	Kyste de l'ovaire tordu ou fibrome à pédicule tordu.	Le 5e jour de la dernière cr Fibrome du volume du poir Myomectomie par le Dr **M chotte.**

ous-péritonéaux, à pédicule tordu, au cours de la grossesse.

PÉDICULE	RÉSULTAT OPÉRATOIRE	MÈRE	GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT
brome pédiculé tordu est trouvé à topsie. ule de la grosseur du petit doigt planté sur la corne droite. on d'un tour et demi. de la torsion : *aiguilles d'une ntre.*	Pas d'opération chirurgicale. Interruption de la grossesse.	Mort	Interruption de la grossesse au 4e mois.
ule très court (fibrome presque sile). nté sur le bord droit de l'utérus. de la torsion : *aiguilles d'une ntre.*	Bon	Guérison	Continuation de la grossesse. Accouchement spontané, *accidentellement* prématuré, un mois après l'opération. (8 mois et demi). Enfant vivant.
cule implanté sur le segment supérieur droit de l'utérus. de la torsion : *aiguilles d'une ntre.*	Embolie le 7e jour	Mort	Avortement le 7e jour après l'opération, précédent de quelques heures l'embolie mortelle. Enfant mort.
ule du diamètre d'une pièce de ancs, implanté sur la partie postéro-latérale gauche de l'utérus, un au-dessus et en arrière de la mpe. on légère. de la torsion ?	Bon	Guérison	Continuation de la grossesse. Acouchement spontané à terme. Enfant vivant.
ule de la grosseur du petit doigt. sure 2 cent. de hauteur. on : un tour presque complet. de la torsion : *aiguilles d'une ntre.*	Bon	Guérison	L'opérée revue un mois et demi aprés sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire vers le sixième mois, allait bien. — La grossesse évoluait normalement. Depuis cette époque on n'a plus de renseignements.
cule large et court, implanté sur la rne droite. ion légère. de la torsion : *aiguilles d'une ntre.*	Bon	Guérison	Accouchement à terme. Application de forceps. Enfant vivant.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LE PÉDICULE ET SA TORSION

Nous étudierons ici, d'abord la constitution du pédicule, ses dimensions, son point d'insertion sur l'utérus.

Nous verrons ensuite, sans entrer dans l'étude obscure et compliquée du mécanisme de la torsion pédiculaire, dans quel sens se produit cet accident et les conséquences anatomiques qui en découlent.

§ 1. — **Le pédicule.**

Constitution du pédicule. — Essentiellement constitué par une enveloppe péritonéale engaînant un prolongement du tissu musculaire utérin.

A cela s'ajoutent des vaisseaux de grosseur et de nombre variables. Certains auteurs (Chambers, Groiley, Hertwith) en ont noté qui mesuraient 1 centimètre de diamètre. Parfois les vaisseaux sont plus rares et plus petits.

Les veines y sont plus nombreuses et plus volumineuses que les artères. Billroth y décrit des vaisseaux lymphatiques; Astruc y a trouvé des nerfs.

Dimensions. — Le pédicule peut avoir une grosseur et une longueur variables.

Le pédicule a parfois la grosseur de l'index (Observation de Heurteaux).

D'autres fois, il est seulement comparable au petit doigt (Observations de Günther, Mermet, J.-L. Faure).

Son volume peut être plus considérable encore, et atteindre les dimensions de trois doigts réunis (Tédenat-Imbert).

Il peut enfin être grêle et mince (Guillot, Ferroni).

Le pédicule est habituellement court, il mesurait 1 centimètre dans les observations de Guillot, Ferroni, Schwartz, etc. La plus grande longueur constatée est de 10 centimètres (Ferrand-Bernard).

Nous pouvons dire que *dans la majorité des cas le pédicule est court et gros.*

Insertion utérine. — L'insertion utérine du pédicule des fibromes sous-séreux tordus présente une particularité remarquable, bien mise en lumière par Ersilio Ferroni.

Dans la majorité des cas, l'insertion du pédicule du fibrome se fait par une large base d'implantation, se rapprochant de l'extrémité latéro-supérieure de l'utérus, tantôt au voisinage d'une des cornes utérines (observations de Günther, Heurteaux, Mermet, Delaunay, Ferrand, Boursier, etc.), tantôt, mais plus rarement sur le fond de l'utérus. (Observations de Ferrand, Bernard, Boursier.)

Ce fait est intéressant à noter. En effet, quand les fibromes pédiculés, au lieu de produire uniquement des accidents de torsion du pédicule, entraînent une rotation

axiale de l'utérus, leur insertion n'est plus la même. « En ce cas, dit Ersilio Ferroni, nous trouvons sur 16 cas, le pédicule inséré neuf fois sur la partie moyenne du fond, trois fois sur la face antérieure, trois fois sur la face postérieure et une fois sur le bord gauche de celle-ci, résultats complètement opposés aux précédents. »

§ 2. — La torsion du pédicule.

Etiologie. — Pourquoi se fait la torsion du pédicule ?

Les auteurs qui nous ont précédé dans l'étude de ce sujet ont appliqué au fibrome pédiculé, pour expliquer le mécanisme de la torsion de son pédicule, la théorie si brillamment défendue par Lawson-Tait pour les kystes de l'ovaire. Nous laisserons de côté cette discussion qui nous semble par trop hypothétique.

Faut-il pourtant, avec Rokitansky, incriminer les mouvements brusques du corps, les palpations et les pressions exercées sur le ventre ?

Avec Lawson-Tait, les alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie ? Devons-nous, avec Kœberlé, accorder plus de créances aux traumatismes ; avec Barnes et Piccini penser que des adhérences préalables, ou un accroissement rapide et inégal de la tumeur soient en cause. Ce sont là autant de points qui restent encore à élucider.

L'étude comparative des observations publiées nous a permis, en revanche, de faire quelques constatations.

L'âge auquel ce genre d'affection est le plus fréquent

est le même que celui où se développent les gros fibromes, c'est-à-dire vers 40 ans.

Dans le cas de Günther seul la malade avait moins de 30 ans.

La grossesse a-t-elle une influence sur la torsion du pédicule ?

Il semble, par le petit nombre de cas publiés jusqu'ici (cas de Cappie, de Maygrier, Routier, Ribemont-Dessaignes, Lepage et Mouchotte, David), qu'elle n'est qu'un facteur accessoire puisqu'on ne la rencontre que dans la proportion d'une fois sur cinq.

Le développement d'une tumeur adjacente au fibrome peut également modifier sa position.

Dans l'observation de Delaunay, c'est un kyste de l'ovaire, situé en arrière et en dessous qui semble avoir déterminé la torsion. Dans le deuxième cas de Schwartz, c'est un salpinx qu'il faut incriminer.

Les petits fibromes, semble-t-il, devraient se tordre plus facilement. Cette loi émise par M. le Pr Pinard, pour les petits kystes de l'ovaire, ne nous paraît pas absolue pour les fibromes à pédicules tordus, tout au moins en dehors de la grossesse. Delaunay avait trouvé un fibrome du poids de 2 kilogr. 200. Dans le cas de J.-L. Faure, la tumeur extirpée pesait 11 kilogrammes. Christopher Martin compare son fibrome à un ballon de football, et Ersilio Ferroni à une tête d'enfant.

Degré de la torsion. — La torsion est, en général, peu accentuée, soit d'un demi-tour, soit de trois quarts de tour, soit d'un tour de spire. Ce fait s'explique si on veut

bien se rappeler, comme nous l'avons montré plus haut, que le pédicule est habituellement court et épais.

Exceptionnellement, dans le cas de Ferrand, rapporté par Bernard, la torsion était de sept tours de spire. Mais ici le pédicule était grêle et mesurait $0^{m}10$ de longueur.

Dans quel sens se fait la torsion ? — Les tableaux comparatifs de toutes les observations publiées jusqu'à ce jour soit pendant la grossesse (Tabl. II), soit en dehors de la grossesse (Tabl. I), nous permettent d'établir cette loi :

Dans les fibromes utérins sous-péritonéaux à pédicule tordu, la torsion se fait toujours dans le sens des aiguilles d'une montre.

Nous avons relevé, avec le plus grand soin, dans la colonne pédicule de nos tableaux, le sens de la torsion ; il suffit de jeter un coup d'œil sur les deux tableaux pour être frappé de la constance de cet axiome.

§ 3. — Conséquences anatomiques de la torsion.

1° ***Lésions anatomiques.*** — Les lésions du pédicule tordu offrent les particularités suivantes.

Les veines sont volumineuses, thrombosées, leur paroi n'est pas sensiblement épaissie ; elles présentent souvent des caillots adhérents, pénétrés par l'endothélium vasculaire, au niveau du point de torsion. (Péan, Pilliet, Ferrand).

Les artérioles ont leur tunique épaissie, avec des lésions d'endartérite oblitérante et des amas leucocytaires déposés autour de la gaine externe.

Dans aucune observation, on n'a pu isoler de filets nerveux.

Quant à la trame du pédicule elle est habituellement pauvre en fibres musculaires lisses, qui sont clairsemés sous le revêtement séreux.

2° *Conséquences éloignées.* — Ersilio Ferroni, dans son étude sur la torsion des fibromes pédiculés, a bien mis en évidence une des conséquences à distance de cet accident pathologique.

Les fibromes pédiculés sous-séreux peuvent entraîner dans leur mouvement de torsion l'utérus lui-même. Si le pédicule est grêle, mince, servant seulement d'élément de soutien et de vie au fibrome, le déplacement de l'utérus se borne, en général, à un simple déplacement de son axe.

Si, au contraire, le pédicule est court et large (ce que nous avons vu être de beaucoup de cas le plus fréquent), l'utérus subit une vraie torsion.

Ersilio Ferroni a rapporté dans son étude 24 cas où cette complication s'était produite ; nous avons trouvé dans nos recherches 3 nouveaux cas postérieurs au travail de Ferroni (Catalani, Jean-Louis Faure et Ferry). Dans le cas de Ferry, le fibrome sous-séreux avait un pédicule tordu de trois travers de doigt d'épaisseur, et le mouvement de rotation entraînant l'utérus lui avait fait subir une torsion d'un demi-tour de spire.

Cette complication est cependant bien distincte de celle qui fait l'objet de la communication de *Times*. Là, le fond utérin, bourré de fibromes, flottait en plein abdomen ; le col était demeuré dans le petit bassin. Mais entre les deux et

les unissant existait un cordon creux, reliant le canal cervical d'une part et la cavité du fond utérin de l'autre. La tumeur était ainsi constituée par le fond utérin allongé.

Pourtant ici encore des phénomènes de torsion peuvent se produire revêtant la même allure clinique que dans les fibromes sous-séreux isolés de l'utérus par un pédicule plein.

CHAPITRE II

LE FIBROME

Nous étudierons dans ce chapitre le volume, l'aspect, la consistance et les lésions d'apoplexie qui ont modifié la structure générale du fibrome et son aspect macroscopique et microscopique.

Volume, couleur, consistance, adhérence. — Les fibromes pédiculés sous-séreux, tordus sont d'un *volume* très variable, certains sont du volume et du poids d'une noix, d'autres atteignent des dimensions considérables; dans le cas de Martin la tumeur était comparable à un ballon de football; dans le cas d'Ersilio Ferroni à une tête d'enfant, enfin Jean Louis Faure enlève un fibrome du poids de 11 kilogrammes.

Pourtant, de la lecture des observations, il semble résulter que ce sont surtout les fibromes de poids et de volume moyens qui sont les plus susceptibles de donner lieu à des accidents de torsion.

Mais, dans les observations publiées du fibrome à pédicule tordu au cours de la grossesse, il ressort que là, au contraire, on doit incriminer plutôt les petits fibromes. L'aphorisme émis par M. le Pr Pinard à la Société d'obs-

tétrique, de gynécologie et de pédiatrie en 1900, pour les petits kystes de l'ovaire peut donc s'appliquer également au fibrome.

L'aspect extérieur des fibromes extirpés *in situ* diffère de celui des fibromes ordinaires. La couleur en est plus rouge-foncé avec parfois des placards brun-verdâtre, ou brun ardoisé. En général, lisse, la tumeur présente par places des traces d'adhérences avec les organes voisins.

Le degré d'étranglement du pédicule et son ancienneté déterminent l'étendue et la répartition des lésions.

Les lésions sont en effet dues à la suppression ou à la réduction de la voie de retour, par compression et oblitération secondaire des veines, à l'augmentation de tension à l'intérieur du fibro-myôme. Si la torsion remonte à un certain temps, le fibrome peut subir la dégénérescence calcaire et peut comme dans l'observation de L. Sibut, présentée à la Société de médecine de Paris en 1897, se transformer en pierre utérine (in Th. de Planque); ou bien aboutir à la gangrène comme dans les cas rapportés par Holst, Fristch et Cappie.

La consistance du fibrome est en général mollasse, œdémateuse; elle est en rapport avec le nombre et la superficie des foyers apoplectiques et de la quantité de sang épanché dans la tumeur.

Les fibro-myômes présentent des *adhérences* multiples avec les organes voisins surtout avec le grand épiploon et l'intestin grêle. Récentes elles sont faciles à détruire; elles peuvent constituer, quand elles sont anciennes et résistantes, de véritables difficultés opératoires. Leur existence peut être considérée comme la règle, et il n'y a

dans la littérature qu'une seule exception : c'est le cas de M. Durand communiqué à la Société de Chirurgie de Lyon en 1902. L'auteur rapporte l'histoire d'un fibrome à pédicule tordu baignant au milieu d'un vaste épanchement ascitique (Boursier) (1).

Aspect macroscopique. — A la coupe, la tumeur ne crie pas sous le scalpel, elle est molle; elle donne une sensation œdémateuse, et laisse échapper du sang noir.

La surface de section ne laisse échapper que du sang (Mermet).

La tumeur sectionnée offre à examiner trois zones distinctes :

1° Une *zone corticale* constituée surtout par le revêtement séreux;

2° Une *zone moyenne*, molle, dépressible où se trouve le maximum de lésions résultant de la thrombose des veines du pédicule. C'est la *zone des infarctus*, la zone truffée de certains auteurs. Là se voient les géodes ou lacs sanguins de Cruvelhier pleins d'une sérosité plus ou moins teintée.

Les noyaux d'infarctus sont mal délimités. Plus on s'éloigne du voisinage du pédicule et plus les infarctus sont nombreux et étendus. — A la coupe, leur surface est finement grenue, comme dans les foyers d'infarctus pulmonaire. A la pression, ils crépitent et donnent issue à du sang noir et des caillots vermiformes.

Enfin dans cette zone, fait intéressant à noter, l'archi-

(1) Nous n'avons pu dans nos recherches retrouver l'observation originale de Durand et nous nous sommes retranchés derrière l'autorité de M. le Pr Boursier pour citer ce cas.

tecture générale du fibro-myôme n'est plus la même. L'invasion sanguine a remanié l'aspect extérieur des faisceaux conjonctifs et lisses. Au lieu d'être agencés en tourbillons, ils sont déjetés, comprimés et fortement pigmentés.

3° *Une zone centrale* qui a l'aspect habituel et la consistance des fibromes.

Examen microscopique. — Les différents examens de Pilliet, de Roche (cas de Boursier), d'Ersilio Ferroni, de Mermet, etc., sont typiques. Les résultats de leurs investigations s'écartent fort peu les uns des autres.

Ils ont établi que toutes les lésions de la torsion pédiculaire sont d'origine vasculaire et qu'elles se répartissent ainsi :

1° *Dans la zone corticale.* — Le péritoine est épaissi, s'il n'y a pas eu d'adhérence, et fait intéressant, la couche des cellules du myôme, la plus voisine du péritoine, n'a pas subi d'altérations; cette vitalité doit être due à son imbibition par la sérosité péritonéale.

2° *La zone moyenne* ou zone des infarctus. — Ici les lésions sont à leur maximum, l'épanchement a dissocié les éléments du tissu fibro-myomateux.

Autour des vaisseaux des infiltrations leucocytaires, des hémorragies interstitielles ont dissocié les faisceaux conjonctifs. « Mais le sang infiltré se détruit avec une rapidité remarquable. Il forme des masses diffuses, à peu près amorphes, parsemées d'un pigment brun-jaunâtre, provenant de globules sanguins détruits. Les globules blancs sont peu abondants.

Sous l'action de cet épanchement, les éléments du fibromyôme subissent une série de lésions.

D'abord, les fibres musculaires sont dispersées, dissociées en petits faisceaux constitués par trois ou quatre fibres cellules ; quelquefois une cellule musculaire est isolée.

La plupart s'atrophient et l'on en voit qui subissent la transformation pigmentaire.

D'autres ne sont plus reconnaissables qu'à une petite traînée allongée de pigments sanguins, ayant gardé la longueur et la forme générale de la fibre cellule.

Il en faut conclure que la fibre musculaire lisse qui jouit, comme la fibre striée, bien qu'à un degré beaucoup moindre, de la propriété de fixer dans son plasma l'hémoglobine, a suppléé aux globules blancs, et a fixé et détruit elle-même l'hémoglobine résultant de l'inondation sanguine ambiante.

Ainsi s'expliqueraient la rapidité de la destruction du sang épanché et la destruction des fibres cellules tuées par la surcharge pigmentaire.

Le pigment est disposé dans ces tissus sous forme d'une poussière fine à petits grains et par places de masses qui d'abord ont été contenues dans les leucocytes dont les noyaux ne se colorent plus, et qui forment ensuite des amas muciformes composés de filaments enchevêtrés de toutes les façons comme un mycélium de champignons.

Les fibres conjonctives sont également dissociées, atrophiées, infiltrées de pigment (Pilliet).

Il est à remarquer, comme l'a montré Boursier, qu'il

n'y a aucun rapport entre l'intensité des lésions, et le degré de la torsion, et le nombre de tours de spire.

Pour nous résumer, nous dirons que les lésions d'anatomie pathologique sont caractérisées par une série de foyers d'apoplexie du fibrome avec effractions de sang dans le tissu de la tumeur.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

De l'ensemble des observations publiées nous pouvons dégager un tableau clinique de la torsion des fibro-myomes pédiculés. Suivant la rapidité avec laquelle se produit la torsion, la symptomatologie varie; et nous pouvons envisager trois formes cliniques différentes, la torsion aiguë, la torsion lente, la torsion à poussées successives avec périodes d'acalmie.

Torsion aiguë. — *Début.* — Subitement, en pleine santé, sans cause apparente, dans la plupart des cas, la femme ressent dans le bas-ventre une douleur soudaine, brusque, irradiant dans tout l'addomen, et dont l'acuité va jusqu'à la syncope.

Puis le faciès pâlit; le nombre des respirations s'accroît, le pouls devient irrégulier, filant, petit, fréquent. La malade a des nausées qui font place bientôt à des vomissements d'abord muqueux, puis bilieux, verts poracés.

Il n'y a pas de fièvre et la dissociation du pouls et de la température est ici un symptôme capital. C'est là en somme ce que Gübler a appelé d'un mot commode: le péritonisme, car il n'implique pas l'idée d'infection, mais exprime sim-

plement une réaction péritonéale, d'origine sans doute sympathique.

Examen physique. — A l'examen, le ventre de la malade est tendu et douloureux, sur l'abdomen il y a une hypéresthésie absolue. Le moindre contact amène une contraction de défense des muscles de la paroi. Le palper seul est presque impossible.

Combiné au toucher on peut délimiter une tumeur affectant des rapports variables avec l'utérus, et présentant *trois caractères :* elle est *fixée*, *rapprochée du plan médian, élastique*, ou pseudo-fluctuante. La fixité tient à la torsion qui a réduit la longueur du pédicule et ainsi ne permet plus le ballottement. Le rapprochement du plan médian en est aussi la conséquence directe. Les tumeurs d'origine pelvienne ayant une fois franchi le détroit supérieur, retombent plus facilement en avant qu'en arrière. Quant à l'élasticité ou pseudo-fluctuation elle est due à l'œdème, et à l'apoplexie myomateuse (Planque).

Torsion lente. — Le tableau clinique ici ne ressemble en rien au précédent. La malade présente la symptomatologie générale d'un fibrome pré-existant ménorrhagie, métrorrhagie, pertes blanches, augmentation de la cavité utérine, phénomènes de compression du rectum et de la vessie; seule, la petite douleur permanente ressentie par la malade devient un peu plus vive. En ce cas c'est seulement au cours d'une intervention déjà décidée, que se découvre la torsion pédiculaire insoupçonnée jusqu'alors (Tédenat-Imbert).

Torsion à poussées successives avec périodes d'accalmie. — Ce type clinique mérite d'être isolé et distingué

des deux autres. Il y a ici une série d'accidents aigus assez semblables à ceux de la torsion lente, formant une série de rechutes successives, séparées les unes des autres par des périodes d'accalmie plus ou moins longues : « Il semble, comme dit Bouilly au sujet des kystes de l'ovaire, qu'il se fasse peu à peu une accoutumance ».

Les observations de Heurteaux, de Ferry, de Boursier (deuxième observation de Lepage et Mouchotte rentrent dans ce troisième type clinique.

CHAPITRE IV

LA TORSION DES FIBROMES PÉDICULÉS AU COURS DE LA GROSSESSE

Au cours de la grossesse la torsion des fibromes s'observe surtout du *deuxième au sixième mois* de la gestation de même que pour les kystes de l'ovaire à pédicules tordus.

Dans toutes les observations publiées (tableau II) l'accident s'est toujours produit chez une *primipare*. « Cette constatation n'a rien de surprenant si l'on se rappelle que c'est justement chez les primipares, et particulièrement chez des primipares âgées, c'est-à-dire n'ayant été fécondées que tardivement ou s'étant soustraites pendant longtemps à la fécondation (Pinard), qu'on observe les fibromes au cours de la grossesse; c'est là suivant l'heureuse expression de M. Pinard, la revanche de l'espèce sur l'individu ». (Lepage et Mouchotte).

La torsion se produit en général au cours de la puerpéralité et, plus souvent sur les *petits fibromes* que sur les gros fibromes.

Le plus souvent la tumeur s'insère sur la droite de l'utérus, à l'union du fond et de la corne droite.

Enfin ici encore ce sont les fibromes presque sessiles, *à pédicule court et épais*, qui se tordent le plus fréquemment, et cela toujours dans le sens des aiguilles d'une montre.

La forme clinique la plus usuelle au cours de la grossesse est celle que nous avons appelé forme à poussées successives avec période d'accalmie (observation de Lepage et Mouchotte, de David).

Cette forme présente une gravité qu'il ne faut pas méconnaître, car « ces accalmies sont souvent traîtresses » suivant la judicieuse remarque de M. le Pr Pinard pour les kystes de l'ovaire.

Il y a enfin un certain intérêt à établir un diagnostic précis, les fibromes pédiculés au cours de la grossesse étant habituellement presque sessiles ils peuvent comme dans l'observation de Lepage, amener un certain degré de torsion de l'utérus. Le muscle utérin est solidaire de la tumeur; ses fibres étant excisées, il peut en résulter le danger d'une expulsion prématurée de l'œuf.

Et pourtant le diagnostic est en général hésitant : dans le cas de Maygrier, par exemple, on pense à une appendicite, dans le cas de Routier à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Pour établir le diagnostic, les *commémoratifs* peuvent jouer un grand rôle toutes les fois que l'existence préalable du fibrome aura été constatée.

Alors, en présence d'accidents aigus, soudains, on devra songer à la torsion du pédicule. C'est ce qui s'est produit dans l'observation de Roux de Lausanne, citée par Bernard.

Le diagnostic ne présente pas toujours la même facilité ; la liste des erreurs de diagnostic est là pour le prouver.

Dans les formes cliniques sous la dépendance d'une torsion lente, le diagnostic de *fibrome simple* seul est la plupart du temps porté (Tédenat, première observation de Schwartz, Ersilio Ferroni, Boursier.

Dans les formes à torsion brusque, ou à poussées successives le diagnostic est à faire avec une *péritonite septique* (Cappée), une *appendicite* (Delaunay, Buisson), une *salpingite aiguë* (Delaunay) un *kyste de l'ovaire à pédicule tordu* (Walther, Heurteaux, etc.) Cette dernière erreur est d'ailleurs le plus souvent commise (tableaux I et II).

Est-ce à dire que le médecin appelé auprès d'une malade présentant un des tableaux cliniques que nous avons

esquissé, devra renoncer à poser le diagnostic précis de l'affection devant laquelle il se trouve?

Mais par un examen soigneux, il trouvera une *tumeur de consistance molle*, *plus ou moins fixe*, et *rapprochée du plan médian*, l'utérus semblant presque faire corps avec elle, c'est ainsi que par une sémiologie attentive Schwartz (2e observation), Ferrand de Rennes, sont arrivés à porter un diagnostic précis.

Il faudra songer à la possibilité de la torsion axiale de l'utérus, comme dans l'observation de Lepage et Mouchotte relatée au début de leur travail sur la torsion des fibromes pédiculés pendant la grossesse.

En dehors de la grossesse, ce diagnostic se fera par la présence de deux signes bien mis en lumière par J. L. Faure et Quénu, à la Société de Chirurgie en 1903. Ce sont l'impossibilité de pratiquer le cathétérisme utérin, et enfin dans un certain nombre de cas s'il s'agit d'une femme jeune, la suppression des règles, dues à l'oblitération de la cavité utérine.

Le clinicien doit enfin se rappeler que dans certains cas le tableau est celui de l'hémorragie interne, on a alors affaire à une rupture du pédicule. (Observation de Turner).

Nous rappellerons qu'au *cours de la gravidité* la torsion se produit presque toujours lors de la première grossesse, et du deuxième au sixième mois, et que là encore, c'est presque toujours avec le kyste de l'ovaire que l'erreur de diagnostic est à commettre (Voir le tableau II).

Le ramollissement apoplectique de la tumeur, causé par la torsion, peut simuler à s'y méprendre la fluctuation d'un

kyste ovarique. Pourtant, « lorsque la paroi abdominale n'oppose plus la même résistance à la main qui explore, on peut arriver à reconnaître qu'il s'agit d'un fibrome, si la tumeur change de consistance, *se durcit au moment où l'utérus se contracte* » (Lepage et Mouchotte); c'est ce signe qui avait fait incliner notre maître Lepage vers le diagnostic de fibrome dans l'observation qu'il a publiée.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le pronostic dépend essentiellement de la forme clinique qui est en cause. Grave s'il y a des symptômes de péritonisme : il exige une intervention immédiate.

Dans les formes avec accalmies, il est à redouter la formation d'adhérences qui rendront plus ardue l'opération et alourdiront le pronostic. Pourtant, dans tous les cas publiés, tout au moins ceux qui contiennent les résultats opératoires, la guérison est la règle, nous ne relevons en effet que deux morts (cas de Friedel Pick, in *Tableau* I, cas de Cappie, in *Tableau* II).

Au cours de la grossesse « il faut distinguer, au point de vue du pronostic, les fibromes à pédicule étroit et long et les fibromes sessiles ; pour les premiers, la torsion peut être aussi accentuée que pour les kystes, par suite les altérations de la tumeur pourront être accusées. Quant aux seconds, le danger qui résulte de leur torsion consiste surtout « dans l'excitation apportée au muscle utérin, dont la tumeur est solidaire : d'où danger d'expulsion de l'œuf ». (Lepage et Mouchotte).

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous ne citerons que pour mémoire la détorsion par manœuvres externes proposée par Vercoutre. C'est, d'ailleurs, une méthode plus théorique que pratique. Les fibromes sous-péritonéaux se tordent, il est vrai, dans le sens des aiguilles d'une montre, mais nous devons nous rappeler que ceux dont l'acuité des phénomènes cliniques exige une intervention immédiate, sont précisément ceux où le tableau péritonéal rend impossible tout contact avec la paroi. Au surplus, c'est là une manœuvre aveugle qu'il est impossible de régler suivant l'importance des lésions.

Combien plus simple et plus pratique, et nous pouvons le dire à l'heure actuelle, inoffensive est la laparotomie.

Dans la plupart des cas observés, l'intervention s'est réduite à une *myomectomie*, opération comparable à l'extirpation d'un kyste de l'ovaire. Des difficultés peuvent provenir d'adhérences contractées par la tumeur, quand la torsion remonte déjà à un certain temps.

Si, comme dans le cas de Jean-Louis Faure, la torsion du pédicule s'étend à l'utérus, ou si encore l'utérus lui-

même est bourré de noyaux fibromateux volumineux, l'opération de choix est l'*hystérectomie*.

Au cours de la grossesse, l'acte opératoire présente ici toutes les difficultés inhérentes aux interventions sur l'utérus gravide (opération césarienne, opération de Porro), la vascularisation extrême du parenchyme utérin peut amener une hémorragie incoercible, et forcer l'opérateur à transformer une myomectomie presque bénigne en une hystérectomie. Pourtant, jusqu'à présent, tous les opérateurs ont toujours pu faire l'hémostase.

Avant l'intervention et dans les jours qui suivent, on aura soin, *pour prévenir l'interruption prématurée de la grossesse de faire à la malade des injections de morphine*.

On appliquera ainsi les conseils formulés par M. le Pr Pinard, à propos de toute opération pratiquée au cours de la gravidité.

CHAPITRE VIII

RÉSUMÉ

Nous résumerons ainsi la revue générale que nous avons essayé d'esquisser sur les fibromes sous-péritonéaux à pédicule tordu.

1° ***Le pédicule.***

a) Est en général court et épais.

b) Il s'insère sur le fond de l'utérus à l'union d'une des cornes.

c) Sa torsion est habituellement d'environ un demi-tour à un tour de spire complet.

d) *La torsion se fait toujours dans le sens des aiguilles d'une montre.*

e) Les altérations anatomiques consistent surtout en une thrombose des veines du pédicule.

II. ***Le fibrome*** est habituellement de volume moyen. La torsion a pour conséquence une apoplexie myomateuse et l'établissement d'adhérences avec les organes voisins.

III. ***Cliniquement.*** — La torsion des fibromes pédiculés présente trois types :

a) La torsion brusque.

b) La torsion lente.

c) La torsion à poussées successives avec périodes d'accalmies.

Au cours de la grossesse, la torsion se rencontre :

1° Chez les primipares âgées ;

2° Du 2e au 6e mois de la gestation ;

3° Le type clinique le plus fréquent est celui de la torsion à poussées successives ;

4° Le durcissement de la tumeur lors de la contraction utérine, est un bon signe différentiel entre le fibrome et le kyste de l'ovaire ;

5° La difficulté de l'acte opératoire (myomectomie) est augmentée par la vascularisation extrême de l'utérus ;

6° Pour prévenir l'expulsion fœtale qui peut suivre l'intervention, il convient de faire à la malade, pendant plusieurs jours des injections de morphine (Pinard).

IV. *Le diagnostic*, malaisé à établir, peut se poser, si aux phénomènes généraux s'ajoute la triade symptomatique suivante :

a) Tumeur de consistance molle.

b) Plus ou moins fixée.

c) Rapprochée du plan médian.

L'erreur de diagnostic la plus fréquemment commise consiste à attribuer à un kyste de l'ovaire pédiculé, les phénomènes aigus de la torsion du fibrome sous-séreux. Le clinicien devra s'assurer si l'utérus n'est pas entraîné dans la torsion du pédicule.

V. *Le pronostic* est habituellement peu grave, si l'intervention est faite en temps voulu.

VI. *Le traitement* de choix est la myomectomie. On aura recours à l'hystérectomie, si l'utérus lui-même est fibromateux ou a subi une rotation axiale.

BIBLIOGRAPHIE

Bernard. — Th. inaugurale de Bordeaux 1903.

Berti. — Fibromioma sotto-seroso pedunculato *N. Clinica di Bologna* 1888-1890, p. 163.

Boursier. — *Congrès de chirurgie* 2-7 octobre 1905.

Cappie James. — *Obstetric Journal of great Britain*, II, p. 303.

— *Edinb. med. Journ.*, 1874-1875.

Cario. — *Annales de gynécologie*, 1893, p. 461.

Catalani. — *Congrès italien d'obstétrique et de gynécologie.* Naples, octobre 1900.

Courty. — *Traité des maladies de l'utérus*, p. 885 et p. 941.

Cruveilhier. — *Traité d'anatomie pathologique*, t, III, 1856.

David Louis. — Torsion des fibromes au cours de la grossesse. *Semaine gynécologique*, 6 mars 1906.

— *Bulletin de la Société anatomique*, 1905.

Delaunay et Pilliet. — *Bulletin de la Société anatomique*, déc. 1896.

Delbet Pierre. — Article : Fibrome in *Traité de Chirurgie*, t. VIII.

Demantké. — *De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes utérins par le procédé de la ligature élastique perdue.* Thèse de Paris, 1897.

Faure. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 13 mai 1903, et *Comptes rendus de la Société d'obstétrique de gynécologie et de Pédiatrie*, 12 octobre 1903.

Ferroni Ersilio. — *Annali di ostetricia e gynecologia*, 1899, p. 342.

Ferry. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1904, p. 416.

Fick Homans. — Torsion de l'utérus. *Annales de gynécologie et d'obstétrique* 1892, p. 229.

Freund. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique,* 1890, p. 61.

Friedel Pick. — Ueber ein Fall von mehrfacher Achsendrehung des Uterus bei Myom des Fundus, *Prager medicin. Wochenschrift* 1891, n° 19.

Gross. — *Mémoires de la Société médicale de Nancy*, 1889-1890, p. 1.

Guillot Maurice. — *Bulletin de la Société anatomique*. Séance du 20 oct. 1898.

Günther. — Th. inaugurale de Iena, 1893.

Gusserow. — Die Neubildungen des Uterus, p. 9. *Pitha-Billroth-s'Chirurgie*. Bd IV. A.

Heurteaux. — *Gazette médicale de Nantes,* 1893.

Holst. — (Rud. v.) *Centr. für Gynecol.*, 1894.

Imbert. — *Montpellier médical*, janvier 1892.

Klob. — *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, 1864, p. 62 et p. 360.

Kœberlé. — *Manuel opératoire de l'ovariotomie annoté* par le Dr Taule. Paris 1873, p. 23.

Kuster. — *Beitrage zur Geburstshilfe und Gyneacologie*. Berlin 1870. I. Heft. 1 p. 7.

Kustner. — *Central. für Gyneacologie* 1891, p. 229.

Lepage et Mouchotte. — De la torsion des fibromes au cours de la grossesse. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1906.

Macé. — Th. inaugurale de Paris, 1897.

Martin Christopher. — *British medic. Journal,* 2 mars 1901. — *Midland Medical Society,* févr. 1901.

Maygrier. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, de 1901.

Ménocal. — Fibro-mioma pediculado del fundo del utero. *Revue des Sciences médicales de Habana*, 1893.

Mermet. — *Bulletin de la Société anatomique*, juin et déc. 1896.

Mouchotte. — (Voir Lepage et Mouchotte).

Piccini. — *Annali di ostreticia di Milano*, féb. 1892.

Pick. — Ueber ein Fall mehrfacher Achsendrehung des Uterus bei myom des Funden *Prager med. Wochenschrift*, 1891, n° 19, p. 219.

Pinard. — Des fibro-myomes de l'utérus et en particulier des causes qui favorisent leur éclosion ou leur développement, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, de janvier 1905.

Planque. — *De la torsion des fibromes utérins*. Th. inaugurale de Paris, G. Steinheil, 1897.

Pozzi. — *Traité de gynécologie*, dernière édition.

Ribemont-Dessaignes et **Grosse**. — *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie,* 14 mars 1904.

Rokitansky. — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie* 1842, Bd III, p. 547.

Routier. Observat. in travail de Lepage et Mouchotte).

Schlösser. *Beitrag zur Statistic der Uterus myomen*, Kiel 1893.

Schrœder. — *Centralblatt für Gyneacologie* 1890, n° 44.

Schwartz. — *Académie de médecine*, déc. 1896. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie.* Séance du 4 mai 1900.

Skutsch. — *Krankheiten der weiblichen Geschlechtorganen*, T. Aufl. p. 228.

— Torsion des fibromes de l'utérus. | *Centralblatt für Gynécologie* Leipzig, 1887, p. 652.

L. Tait. — *Transactions of the obstetrical Society London*, 1880, p. 86.

Tédenat et Imbert. — Torsion de l'utérus. *Montpellier médical* 1892, p. 85.

Terrillon. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1889, p. 117, et *Revue de Chirurgie*, 1887, p. 247.

Times. — *Transactions of the London obstetrical society,* 1861, II, p. 64.

Timmers. — *Torsie von den Uterus door fibromyomen.* Inaugur. Dissert. Leiden 1891.

Thomas — *Boston medical and surgical Journal*, 1881, p. 433.

Vercoutre. — *Recueils de mémoires de Médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, tome XXXV. Paris, 1879.

Virchow. — *Traité des tumeurs*, t. III, p. 349 et p. 166.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 7

PREMIÈRE PARTIE : **Observations**

I. Observations en dehors de la grossesse 11
II. Observations pendant la grossesse 57

DEUXIÈME PARTIE : **Tableaux synthétiques**

I. Tableau des observations de torsion des fibromes utérins pédiculés sous-séreux, en dehors de la grossesse 71
II. Tableau synthétique des observations au cours de la grossesse 74

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE Ier. — Le pédicule et sa torsion 79
— II. — Le fibrome 86
— III. — Etude clinique 92
— IV. — La torsion des fibromes pédiculés au cours de la grossesse 95
— V. — Diagnostic 97
— VI. — Pronostic 100
— VII. — Traitement 101
— VIII. — Résumé 103
BIBLIOGRAPHIE 105

VU :
Le Doyen,
M. DEBOVE.

VU :
Le Président,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Le Mans. — Imp. Monnoyer. — V 1906.